COLETTE CAMPICHE • JOSETTE C. HIPPOLYTE • JOÃO HIPÓLITO

A COMUNIDADE COMO CENTRO

2.ª Edição

Prefácio de
ODETE NUNES

UAL
UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

COLETTE CAMPICHE • JOSETTE C. HIPPOLYTE • JOÃO HIPÓLITO
A COMUNIDADE COMO CENTRO

UAL
UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

EDI UAL
UNIVERSIDADE AUTÓNOMA EDITORA

ISBN:978-989-8191-36-6
9 789898 191366

COLETTE CAMPICHE • JOSETTE C. HIPPOLYTE • JOÃO HIPÓLITO

A COMUNIDADE COMO CENTRO

2.ª Edição

Prefácio de
ODETE NUNES

Lisboa 2012

TÍTULO
A comunidade como centro

Tradução do original francês, inédito, intitulado
La Communauté Centrée

AUTORES
Colette Campiche, Josette C. Hippolyte e João Hipólito

EDITORA
EDIUAL
CEU – Cooperativa de Ensino Universitário, C. R. L.
Rua de Santa Marta, n.º 56 – 1169-023 Lisboa

CAPA
Samuel Ascenção

DESIGN | COMPOSIÇÃO GRÁFICA
Samuel Ascenção

2.ª EDIÇÃO
Julho, 2012

ISBN
978-989-8191-36-6

DEPÓSITO LEGAL

Revisão da responsabilidade dos autores.

CAMPICHE, Colette

A comunidade como centro / Colette Campiche, Josette C. Hippolyte, João Hipólito; pref. Odete Nunes. 2.ª edição -Lisboa: EDIUAL, 2012. -119 p.

ISBN 978-989-8191-36-6

CDU 159.9
616.89

Este trabalho é um singelo preito de homenagem ao Professor Doutor Carlos Caldeira e aos que com ele trabalharam na comunidade terapêutica da Boavista, mantendo ainda acesa a chama da esperança no trabalho comunitário através de um esforço e um empenho, chama ímpar na Associação Comunitária de Saúde Mental.

AGRADECIMENTOS

Queremos deixar expresso o nosso mais sincero agradecimento à Sr.ª D. Maria Eugénia Horta e Costa Arrobas e ao Dr. José Manuel Arrobas pela sua tradução em português do original francês, à Prof.ª Doutora Odete Nunes, ao Prof. Doutor João Marques Teixeira e aos Drs. José Luís Ferreira e Fernando Mendes Coelho, pela inestimável ajuda na revisão e correcção do texto final.

Índice

Prefácio à 2ª edição – *Maria Odete Nunes* 9

Prefácio à 1ª edição – *Prof. Doutor Barahona Fernandes* 11

Notas Prévias – *João Hipólito* 19

Capítulo 1 – Definição do Projecto 27

1.1. Algumas Reflexões sobre a Marginalidade e a Pobreza 29

1.2. Pobreza Daqui ou de Outros Lados, Destino ou Começo? 34

Capítulo 2 – O Modelo Antropoanalítico – Aspectos Teóricos 37

2.1. A Filosofia das Relações Sociais 39

2.2. O Existencialismo 40

2.3. Antropoanálise e Existencialismo 42

2.4. Prática Dialógica Centrada e Rogers 43

2.5. A Pedagogia de Paulo Freire 48

2.6. O Sistema Socioantropológico, Objecto da Antropoanálise 50

2.7. Antropoanálise e Saúde Mental 54

Capítulo 3 – A Comunidade Terapêutica Antropoanalítica na Boavista 57
3.1. Introdução 57
3.2. O Bairro da Boavista… do passado ao presente 58
3.3. Contexto Político: sua influência na comunidade 64
3.4. O Hospital Psiquiátrico 66
3.5. O Hospital Sai dos seus Muros 68
3.6. Definições e Conceitos 69
3.7. A Comunidade Terapêutica 71
3.8. A Comunidade Antropoanalítica 73
3.9. O Trabalho da Comunidade Antropoanalítica 80

Capítulo 4 – Balanço e Resultado de uma Experiência 95
4.1. O «depois» da comunidade 95
4.2. A Associação Comunitária de Saúde Mental 97
4.3. Balanço da Experiência 99

Capítulo 5 – Reflexão e Síntese 103
5.1. Muitos Necessitados, e Muitos Profissionais para os Assistirem… ou Será o Contrário? 106
5.2. A Mudança Parcial no Sector Médico-Social 107
5.3. Mal-estar por Todo o Mundo 108
5.4. Psiquiatria, Psicologia… as suas influências 109
5.5. Objectivo: autonomia, do mito ao realismo 111

Referências Bibliográficas 115

Prefácio à 2ª edição

A primeira edição desta obra foi publicada em 1992, no entanto, o seu conteúdo continua a ter pertinência na actualidade.

É-nos relatado em pormenor uma intervenção socioterapêutica numa comunidade inserida num bairro degradado, situado na periferia da cidade de Lisboa. Embora a comunidade concreta já não exista, a experiencia vivida e descrita na obra, tem interesse como documento histórico mas, sobretudo, é um mote de reflexão teórica no que concerne ao modo da intervenção realizada, nomeadamente ao nível dos limites, dos condicionamentos e das potencialidades.

O trabalho interventivo foi cunhado pela mudança do paradigma biomédico ou biopsicossocial pela do paradigma holístico, no qual a auto-organização é um referencial teórico. A perspectiva inovadora e revolucionária da equipa multidisciplinar consistiu em considerar não só o indivíduo mas também a comunidade como um organismo vivo e, consequentemente, sujeita às leis da tendência formativa, impulsionadora do processo de auto-organização, de complefixificação e hipercomplexificação das dimensões orgânicas e inorgânicas que constituem o Universo.

Foi a partir desta perspectiva que as problemáticas de saúde ao nível físico, psicológico, social e espiritual, identificadas no universo daquela

comunidade, foram compreendidas e trabalhadas, confiando nos processos de auto-cura dos organismos vivos. Para tal, foi necessário desenvolver um trabalho de formação dos técnicos que lhes permitisse encontrar uma compreensão de si, como ser existente, aferindo o seu projecto interventivo como cuidador de quem sofre.

Um dos aspectos que realçamos, consiste no cuidado da equipa multidisciplinar em desejar conhecer e identificar as necessidades subjectivas que eram expressas e, paralelamente, criar as condições que permitissem, aos membros da comunidade, encontrar as soluções. Este movimento de auto-descoberta dos seus próprios recursos permitiu-lhe (re)encontar a sua dignidade humana.

É o princípio no qual se baseava o modelo de análise sistema socio--antropoanalítico, empregue no decorrer do processo descrito, que, do nosso ponto de vista, continua a ter contemporaneidade – confiança na actualização das potencialidades da Pessoa. A leitura destas páginas permite--nos interiorizar a objectividade da intervenção e compreender que os ideais nos inspiram a realizar as acções que dão sentido à nossa existência como pessoas e profissionais.

Tal como no início referi, considero uma mais-valia a publicação da 2ª edição, nomeadamente para os que se interessam pelo trabalho comunitário.

Maria Odete Nunes

Prefácio à 1ª edição

(em memória do Prof. Doutor Carlos Caldeira)

O presente trabalho é um interessante apreciativo de uma *experiência de intervenção sociocomunitária* feita no Bairro da Boavista, em Lisboa, por uma equipa multidisciplinar em que também participaram os autores.

Norteia-se por um novo *modelo de intervenção médico-social* abrangente, o «modelo antropoanalítico».

Tanto este como a iniciativa, o empenho e a orientação dados ao trabalho devem-se ao malogrado Psiquiatra Prof. Dr. Carlos Caldeira, precocemente falecido (1982), pouco tempo depois do seu doutoramento.

A sua obra prossegue, porém, através das actividades dos seus colaboradores, reunidos na Sociedade de Antropoanálise, em Lisboa, e posteriormente na Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Centrada no Cliente e Abordagem Centrada na Pessoa.

O texto é claro e bem ordenado e elaborado; merece ser divulgado e reflectido, não só como uma primeira iniciação didáctica à obra inconclusa de Carlos Caldeira mas como experiência pessoal vivenciada, criticada e valorizada pelos autores.

O seu grito final apela à nossa simpatia e à recomendação de que prossigam os estudos e as experiências com este modelo de intervenção terapêutica psicossociológica.

Na interpretação dada trata-se de um «processo de autonomização», visando acrescer as possibilidades de cada qual se gerir a si mesmo, segundo as suas próprias leis, defendendo a sua independência através de «opiniões próprias». Os autores pensam que os habitantes do Bairro da Boavista puderam melhorar a sua autonomia apesar das difíceis circunstâncias em que se encontravam e contra as quais estavam em luta.

Tem muito interesse o sentimento de os autores participantes da experiência terem também eles próprios ganho em autonomia… mudando as suas possibilidades de abertura e de evolução pessoal.

Trata-se de uma *intervenção colectiva, multidisciplinar,* visando a criação de novos elos de relação mais autênticos, dos quais brotaria, no clima de divergências e dificuldades múltiplas, uma outra «liberdade criativa» capaz de superar, num sentido positivo, as diferenças individuais e institucionais. Pode, assim, ter uma significação pedagógica, preventiva e terapêutica.

Dignas de nota são certamente a interligação com as condições histórico-político-sociais da época em que a experiência se realizou e a participação operosíssima de Carlos Caldeira. Dito numa palavra: a liberação da «revolução dos cravos» de Abril de 1974 possibilitou a tentativa de ruptura da rigidez dogmática então institucionalizada, mercê das intervenções orientadas por uma personalidade criativa e pujante de actividade e de iniciativas. Poder-se-ia dizer que, inspirando-se apenas na teoria de C. Rogers, parecia que sem aprendizagem directa, Carlos Caldeira foi um «rogeriano» nato. Melhor: um Homem em quem o fulgor da *Pessoa vital* dinamizou (de modo congruente) o florescimento da sua *Pessoa cultural,* num momento histórico de mudança; grassavam na época múltiplas correntes em torno da posição dialéctica das tendências da «terceira força» da psicologia humanista entre a psicanálise e o comportamentalismo, entre o movimento sociológico e o existencialismo.

No ambiente português compreende-se a eclosão desta iniciativa de Carlos Caldeira a partir da aprendizagem médico-psiquiátrica que primeiro fez na Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina de Lisboa, ainda na fase de florescimento do Hospital Júlio de Matos, incitado pela experiência aí feita, desde 1942, sobre o regime aberto de hospitalização, ambiente muito mais livre e acolhedor da terapêutica ocupacional e o clima de humanização

e inter-relações participantes dos médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos, a criação de consultas externas do primeiro dispensário de Saúde Mental, etc.

Não é agora a altura de comentar tão complexa evolução. Sabe-se como mais tarde o Hospital caiu até à degradação final dos anos cinquenta, estrangulado pelas imposições «administrativas» anti-médico-psicológico--sociais. Algo de similar se deu com o fim da intervenção de Caldeira no Bairro da Boavista. Que este prefácio seja mais uma apologia da pessoa de Carlos Caldeira e uma homenagem ao seu labor.

Tivemos a satisfação de o conhecer pessoalmente logo como aluno de Psicologia e de Psiquiatria na Faculdade de Medicina de Lisboa. Precocemente fascinado pelos problemas pessoais dos doentes, auto-analisou-se: «Uma inquietação acerca de mim atraiu-me para a Medicina. Sobretudo para a Psiquiatria que, na minha reflexão de adolescente, era como que a chave da abóbada das ciências médicas» (in *Curriculum vitae,* 1980). Interessado desde logo na investigação, licenciou-se com um trabalho de psicologia experimental comparando os testes de Minesotta (MMPI) com a «prova de isquemia» que tínhamos concebido para avaliar a ansiedade determinada por estímulos interceptivos em doentes leucotomizados que depois foi aplicada a outros casos de clínica, sobretudo neuróticos.

Cônscio, desde logo, de que «o psiquiatra é, em primeiro lugar, médico», Carlos Caldeira trabalhou em diversas clínicas antes de se concentrar na especialidade. Fê-lo logo com a intenção de aliar o serviço hospitalar, a investigação e o ensino, para que estava particularmente vocacionado.

É digna de ser relevada esta posição – valiosa e incomum – num médico que muito cedo se entusiasmou pela psicoterapia e pela intervenção grupal e comunitária. Indiscutivelmente, ele foi em Portugal um *pioneiro criativo da organização de comunidades terapêuticas,* tendo procurado utilizar essa experiência sociomédico-psicológica no ângulo científico. Tal foi o objectivo da sua dissertação de doutoramento («Análise sociopsiquiátrica de uma comunidade terapêutica, aplicação do modelo antropoanalítico em psiquiatria social», Lisboa, 1980). Temos conhecimento de que o primeiro esboço, de quase dois milhares de páginas, teve de ser reduzido a 741 por exigências pragmáticas. É um trabalho que ultrapassa os fins académicos

e merece uma funda reflexão valorativa e crítica de quem seguir os seus ensinamentos e treinar-se na teoria e na práxis da psiquiatria comunitária.

Não repetiremos aqui a apreciação positiva do conjunto das suas obras que tivemos a oportunidade de fazer como arguente das provas de doutoramento universitário. Contra certas correntes de opinião adversa, foi feita justiça ao seu denodado esforço teórico e prático e sobretudo ao facto de ter efectivamente *realizado* com espírito científico e ao mesmo tempo humanista o *seu projecto de comunidades terapêuticas* com acentuação original de certos aspectos conceptuais e pragmáticos.

Muito humanamente, também é natural que não lhe faltassem conflitos de toda a espécie, em especial com as instituições burocratizadas e rotineiras. Natural era a facilidade e calor com que aliciava colaboradores e sabia conviver com eles como amigos. Muito fluido e espontâneo, não lhe faltavam rompantes críticos verbais. Não lhe conhecemos, porém, ressentimentos rígidos nem maquiavélicos, comuns em profissionais que deveriam ser os primeiros a reconhecê-los e evitá-los.

A mais difícil peleja foi a que travou contra a burocracia, a orgânica estabelecida eivada de escolhos administrativos. As duas comunidades terapêuticas que criou, «intra- e extramuros» hospitalares – no Hospital Júlio de Matos e no Bairro da Boavista –, não podiam deixar de erguer resistências de egoísmos empedernidos, de interesses feridos, de rivalidades pessoais, de todo o «sistema» que, após a já citada fase de fecundas inovações do Hospital Júlio de Matos, voltou a reprimir e a desanimar a livre criatividade dos entusiasmos pelo progresso da Saúde Mental.

Exigindo para o seu trabalho comunitário: «uma equipa afectivamente unida, com um treino intenso e versátil, cimentada numa sabedoria comum, e sobretudo numa disponibilidade afectiva, servida por um imaginário criador e por uma rigorosa capacidade de crítica e de análise, que brote e se consolide na congruência, na escuta incondicional positiva e na compreensão empática que dentro de si constrói e vive» (Tese, p. 741), Carlos Caldeira não pôde deixar de desencadear incompreensões. A expressiva frase que acima citámos, marca uma doutrina e uma via de abordagem, uma possibilidade de solução que merece ser considerada – e cumpre aos seus antigos colaboradores cultivá-la e desenvolvê-la no futuro.

As dissonâncias do seu «modelo antropoanalítico» com a evolução hospitalar e da saúde extra-hospitalar vieram tornar a situação presente extremamente preocupante (renascem interesses economicistas contra a orientação médica) e apelam a novas iniciativas e a novos projectos.

Podemos afirmar que a senda aberta por Carlos Caldeira merece novos ensaios adequados às circunstâncias actuais. Deverá ser considerada, e criticada, frente às novas perspectivas em evolução da ciência e da práxis da Saúde Mental. Pessoalmente – já o disse em relação a outros nossos colaboradores (alguns psicanalistas como João dos Santos, com quem mantivemos afectuosas relações *e a* quem, apesar de muitas divergências, somos devedores de fecundas discussões dialécticas enriquecedoras) – também na primeira fase da sua preparação trabalhámos e vivemos muito de perto com Carlos Caldeira, *num encontro dialoga!* que mais tarde rareou sem se esfriar, quando após o 25 de Abril ele se pôde lançar mais abertamente nas suas iniciativas sociais e a nossa actividade se concentrou nessoutra espécie de «acção comunitária» que foi a nova evolução liberadora da Universidade de Lisboa.

O nosso pensamento teve muitos encontros. Na copiosíssima informação teórica da sua Tese deu lugar, com rigor e compreensão, aos modelos teóricos que nós próprios temos elaborado considerando também a nova forma de transferência vital.

Além da posição médica de base, Caldeira parte logo da exigência de uma *aproximação antropológica da psiquiatria social* (p. 7). O tema é desenvolvido com grande erudição e culmina na formulação original de «antropoanálise» – não apenas como método do exume e doutrina mas muito especialmente como *método de intervenção prática* –, a modalidade peculiar das comunidades terapêuticas que propôs e ensaiou com o êxito possível nas circunstâncias, conforme é exposto e bem comentado na obra que estamos prefaciando.

Não é agora ocasião de procurar as analogias e divergências com aquilo que chamamos «a perspectiva antropocientífica da psiquiatria», as «antropociências» psiquiátricas.

A obra presente é uma óptima introdução ao aprofundamento das ideias de Caldeira. Assim, recomendamos aos interessados o seu estudo e

discussão. Esperamos que outros colaboradores possam continuar a enriquecer, nestas linhas, o conhecimento e a aplicação da psiquiatria social à Saúde Mental. Recordamos neste passo a obra, com orientação diferente, de Guilherme Ferreira e seus colaboradores na psiquiatria social, em plena actividade.

A complexificação do tema requer os nossos maiores esforços de entendimento recíproco e de integração de saberes e pontos de vista baseados na investigação e na crítica rigorosa dos seus resultados.

Pensamos que C. Caldeira seguiu uma esteira de socialização «convergente» com o processo de *humanização* – quer dos «clientes» (dito à maneira de Rogers) quer, como preferimos, dos «homens perturbados» de que nos cumpre cuidar. É certamente um trabalho difícil que cabe aos membros da Sociedade de Antropoanálise que C. Caldeira fundou e dirigiu. Fazemos votos por que mantenham *n* seu ardor pelo estudo e a prática desse e outros métodos antropológicos de análise e ajuda social, bem como a sua mais lata e fecunda aplicação terapêutica e promoção da Saúde Mental. (Ver em *Acta psiquiátrica portuguesa,* Vol. 33, N.os 2 e 3, do Hospital Júlio de Matos, os trabalhos de J. Hipólito, R. Laroche e M. Lazega: «Relaxation, an Anthropoanalytical and Person-centered approach»; e de J. Hipólito e M. Lazega: «Treatment of vaginismus through Person-centered and Anthropoanalytical relaxation».)

Cumpre-nos exprimir o voto de que os seus colaboradores possam manter a chama que o animou e lograr a fermentação científica e social das iniciativas que lançou, superando alguns erros cometidos (como ele próprio aceitava). Mais do que por estatísticas, dizia: «a comunidade terapêutica não pode ser apreciada pelos resultados objectivos mas, sobretudo, pela qualidade humana da sua intervenção» (p. 738). É um problema que merece nova avaliação.

Neste espírito, compreende-se que demos uma feição pessoal a esta evocação de um homem em vias de plena maturação e de quem muito havia ainda a esperar.

O inteligente cultivo e entusiástico desenvolvimento dos seus interesses psicossocioterápicos, num esforço enérgico e eficaz de autoconstrução pes-

soal, modelou de forma peculiar a sua pessoa cultural, de modo congruente com o seu próprio ser, existir e agir.

Sabe-se como a «psicoterapia centrada no cliente» inspirada (sem acção discipular directa) em Rogers e o seu ulterior desenvolvimento hermenêutico prático («terapia dialógica») foram, a despeito de outras influências complementares, decisivas na sua orientação e no seu labor conceptual e pragmático.

Na sua vida e na sua morte, Caldeira teve algo de fugazmente aventuroso. Lançou-se veementemente na luta para efectivar o seu projecto, não só de existência mas de uma obra «prática» humanizada e socializante da psiquiatria comunitária – a orientação «antropoanalítica».

Prof. Doutor Barahona Fernandes

Notas Prévias

Pode parecer estranho a publicação em português, elaborado por uma equipa luso-suíça, de uma análise crítica de uma comunidade terapêutica em Lisboa. Contudo, este trabalho inscreve-se numa lógica e numa história que tentarei explicitar.

As trajectórias do Prof. Doutor Carlos Caldeira e a minha cruzaram-se no Verão de 1969. Sem o saber, chegávamos ao fim da nossa tropicalidade. Para mim, Lisboa era passagem necessária, mas provisória, em resultado do meu percurso de formação que após um doutoramento no estrangeiro me deveria conduzir de novo aos trópicos africanos; e, para ele, «Carlos», pausa-reestruturação, no decorrer de uma carreira universitária original reencontrada nos trópicos sul-americanos.

A minha tropicalidade perdeu-se, como um pássaro a quem cortaram as rémiges e que se estiola no exílio; a vida do Prof. Doutor Carlos Caldeira terminou como voo interrompido por flecha precisa, numa manhã triste de Outono ao acordar de uma intervenção cirúrgica problemática e problematicamente preparada. É provável que o calor dos Trópicos e essa luz particular, que em nenhuma outra parte se encontra, não fossem senão o reflexo de nostalgias de paraísos perdidos, de jardins secretos. Mas esse calor e essa luz irradiavam do «Carlos» por onde quer que passasse.

Acabado de chegar de Lourenço Marques, e assistente voluntário no serviço do Prof. Dr. Barahona Fernandes, encontrei-me a trabalhar no Hospital Júlio de Matos. Pouco tempo depois, o «Carlos» chega da Universidade da Amazónia, «recupera» o serviço em que trabalhara antes de partir para o Brasil e fica com a responsabilidade da minha formação. Criou-se entre nós sólida amizade que o tempo ajudou a aprofundar até se transformar num elo fraternal, que nem a distância nem as vicissitudes enfraqueceram. Com ele, aprendi o essencial da minha profissão através de uma relação de companheirismo, de empatia, de compreensão pelo camarada mais novo, de incentivo e de confiança. Confiança, que demonstrou poucos meses depois ao confiar-me uma psicoterapia da sua responsabilidade, acompanhada de supervisão integral, numa atmosfera de compreensão empática, de aceitação incondicional positiva e de congruência. Eu experimentava, simultaneamente, como terapeuta e na orientação recebida, o significado da «não directividade», como era conhecida a abordagem centrada na pessoa, naqueles tempos. Ao mesmo tempo aprendia, através de uma experiência pessoal, o que significava a relação terapêutica, as suas vicissitudes, responsabilidades e dificuldades. Começámos juntos no Hospital Júlio de Matos essa maravilhosa aventura de construir uma comunidade terapêutica sob a sua orientação, esforço e entusiasmo. Foi com alguma nostalgia que parti para continuar a minha formação na Suíça em Março de 1970 e, como consequência, os nossos caminhos divergiram.

De vez em quando, encontrávamo-nos e verificávamos com curiosidade o paralelismo dos nossos percursos. Em vários momentos esteve também para se expatriar para a Suíça e continuar neste país o seu caminho. A força das suas raízes lusas e o entusiasmo dos seus empenhos nunca o deixaram ceder à tentação de uma vida sem dúvidas económicas e profissionalmente mais fácil mas, menos empenhada e exultante. Quando me visitava tínhamos, então, o prazer de voltar a trabalhar juntos. Outras vezes vinha eu visitá-lo e enriquecer-me na sua companhia.

Não lhe parecia muito útil gastar o tempo, tão precioso, com tarefas menos importantes como a de realizar uma tese de doutoramento e, divertia-se chamando-me «senhor doutor». Talvez por considerar tempo perdido o que eu ocupava para realizar o meu doutoramento. Passámos horas a discutir

sobre as vantagens e desvantagens da elaboração de uma tese que, para mim, parecia indispensável. Infelizmente, mais tarde o evoluir da sua situação na Universidade veio dar-me razão. Foi com grande prazer que o acompanhei nessa tarefa, partilhando com outros amigos e discípulos a grata, mas bem difícil, tarefa de reler os seus textos que, em virtude da sua grande cultura e erudição, se tornavam densos e difíceis. Entretanto, ia-se notando nele o sentimento de uma grande urgência, urgência de acabar, como se o tempo fosse curto e ele pressentisse o fim próximo. Tão urgente que negligenciou mesmo alguns pormenores, tais como pequenos erros de cálculo dos quais estava ao corrente, mas não corrigiu porque não tinha «mais tempo».

Após a publicação do seu trabalho, tornou-se evidente que a sua leitura seria dificultada pela densidade do texto, e propusemo-nos, meio a brincar meio a sério, escrever em "linguagem corrente", o essencial do seu conteúdo. Aproveitámos a necessidade académica que Josette Hippolyte e Colette Campiche tinham de apresentar um trabalho de diploma e decidimos aliciá-las para o nosso projecto.

A seguir foi o prazer das horas vividas em comum, dos encontros realizados em Lisboa com alguns dos antigos colaboradores na comunidade terapêutica da Boavista, das visitas ao Bairro, à Associação Comunitária de Saúde Mental e à redacção do seu jornal «O Homem e a Sociedade», na companhia agradável, solícita e infatigável de Maria José Viana de Almeida e de Fernando Mendes Coelho; e as horas passadas com o Carlos a reler os textos, a dar opiniões e conselhos até chegar ao texto final que publicamente valorizou no momento da sua defesa em Lausanne, embora já antes o tivesse comentado na carta que publicamos em fac-símile no fim destas notas prévias.

Este trabalho pressupunha uma segunda fase, nomeadamente, a publicação em português de uma versão corrigida e expurgada das referências mais directas, tendo em consideração a sua proverbial modéstia, permitindo a Caldeira assinala-lás. Efectivamente, em grande parte, tanto lhe devia por ser tarefa sua – o que explica a modéstia das citações.

A sua morte brutal tornou este projecto impossível, mas pareceu-nos a nós, que nele tínhamos colaborado, que era urgente levá-lo para a frente

numa forma mais elementar, como testemunho da nossa admiração pelo seu trabalho, força, energia e coerência.

Creio que uma das razões que o levaram a recusar a minha insistência para ser operado na Suíça, onde o tinha convencido a consultar um colega bastante competente no campo da sua problemática, foi a própria necessidade de coerência, isso é, não querer, por ser Professor, ou por facilidades materiais, tratamento diferente do da maioria dos seus concidadãos.

Pareceu-me que num momento em que o trabalho comunitário está a «passar de moda» e os «desfavorecidos» já não despertam o entusiasmo das primaveras revolucionárias, era importante recordar a importância do contributo do Doutor Carlos Caldeira para uma possível transformação da sociedade, tendo visão holística, cujo empenho tem que ser profundo e a utopia uma realidade. Estes aspectos concretizam-se na medida em que as raízes sejam poderosas e sólidas, que exista libertação da pessoa, que haja desenvolvimento pessoal e grupal, incluindo o grupo familiar, que se invista na validação da comunidade natural e da comunidade de interesses, que se lute pela libertação das organizações e das instituições. No dizer de Caldeira (1979): "É a isto que nos habitua o treino 'rogeriano': viver com intensidade o que for para viver e pensar e estudar por métodos rigorosos o que for para conhecer (p.7). Continuando, refere "A antropoanálise faz a crítica do poder médico juntamente com a crítica da violência social, desencadeia a sua intervenção construindo comunidades de saúde mental, a quem compete de direito o poder e a contestação (p. 36). Acrescenta também "A antropoanálise é uma prática que institui como analisador: a análise dialógica centrada no cliente (aquele que deseja ser ouvido), podendo o cliente ser uma pessoa, um grupo, uma comunidade, uma sociedade" (p. 54). Por fim sublinha "A comunidade terapêutica é uma comunidade sociológica de interesses ligados à saúde mental: tem que ser construída, não existe. Neste sentido, a antropoanálise constrói comunidades" (p.334).

> Mais à frente na sua obra Caldeira (1979), diz "A comunidade terapêutica centrada no cliente tem melhores resultados terapêuticos que os métodos comparados (p. 740). Ela continua além disso a ser de uma riqueza inultrapassável na formação dos técnicos de medicina mental, e indispensável numa concepção holística do Humano. Contudo, acres-

> centa "o trabalho comunitário exige uma equipa afectivamente unida, com um treino intenso e versátil e cimentada numa sabedoria comum. E, sobretudo, com uma disponibilidade afectiva, servida por um imaginário criador e por uma rigorosa capacidade de crítica e de análise, que brote e se consolide na congruência, na escuta incondicional positiva e na compreensão empática que dentro de si constrói e vive (p. 741).

Espero que este trabalho possa reacender entusiasmo, acordar reflexão e ajudar a aceitar o desafio que nos lança a vida e a obra, ainda que tão curtas, do Prof. Doutor Carlos Caldeira.

João Hipólito

Joaz

Penso que com estas indicações se torna muito fácil elaborar directamente em francês o texto — melhor que tentar traduzir o meu português para francês.

O texto está muito bom e foi uma apreciável surpresa o melhor que foi dado de conhecer com o pensamento de Yanpo Fuzée, como disse, foi Roger Cantrane.

Logo que possível, mandem-me o texto em versão definitiva.

Talvez um bom título esteja sob uma estrutura de espécie pergunta com um número de correspondência. Enviar-me-ei o texto a, o que é mais certo, discuti-lo-emos tranquilamente nos vossos.

Um grande abraço para todos, incluindo a tua família de origem, a Cláudia, a tua família actual — estou muito curioso — e particularmente para a Joanita, e

Lx 2/10/12

Carlos

Fac-símile da carta do Prof. Dr. Carlos Caldeira aos autores

Transcrição da carta do Prof. Dr. Carlos Caldeira

João

Penso que, com estas indicações, se torna muito fácil elaborar directamente em francês o texto – melhor que tentar traduzir o meu português para francês.

O texto está muito bom e foi uma agradável surpresa o relevo que foi dado às conexões com o pensamento de Paulo Freire, como, aliás, já Rogers acentuara.

Se ainda for possível, manda-me o texto que resultar daqui.

Talvez em breve tenha estruturado uma estrutura do aparelho psíquico com um mínimo de coerência. Enviar-te-ei o texto ou, o que é mais certo, discuti-lo-emos, tranquilamente, no Verão.

Um grande abraço para todos, incluindo a tua família de origem, a Colette, a tua família actual – ?? ?? ?? – e particularmente para ti e para a Josette, do

Carlos

Lx 2/IV/82

Capítulo 1

Definição do Projecto

O objectivo deste estudo é descrever um modelo de análise e de intervenção médico-social na área da saúde: o modelo antropoanalítico[1].

---

[1] Se bem que mantendo ao longo deste trabalho a utilização do termo antropoanálise, por razões *de* coerência com o texto e com o trabalho de Carlos Caldeira, hoje e à distância, a escolha da palavra *antropoanálise* parece-nos bastante problemática e nós abandonámo-la, preferindo-lhe expressões como análise do sistema socioantropológico ou «olhar antropológico» sobre a Abordagem Centrada na Pessoa.
Por um lado, a palavra antropoanálise aparece já na literatura nos anos sessenta *e* setenta com um sentido que não é coincidente com o que posteriormente seria dado por C. Caldeira e seus colaboradores (ver: *Anthropoanalysis and psychopathology.* Rivista di Psichiatria, 1967, 2 (1), 77-83; SICILIANI, O. *Psychic energy or information? Historical evolution and recent revision of the concept of «psychic energy».* Rivista di Psichiatria, 1970, May, 5 (3), 175-223 BOVI, A. *A review of the concept of psychopathic personality.* Minerva Psichiatpsicol. 1973, 14 (2), 55-63. ...). Por outro lado, o conceito em si mesmo é problemático como escreve Marques Teixeira: «Criticar um conceito é uma tarefa árdua e difícil. O método que utilizarei desenvolve-se em dois momentos:
a) Momento da generalidade
Na sua análise global (isto é, no que a palavra poderá significar no seu sentido usualmente empregue) este conceito significa um conjunto de metodologias que visam a compreensão da realidade humana.

Explicaremos, primeiro, a maneira como este modelo foi elaborado, partindo de certas teorias filosóficas e pedagógicas. Paralelamente, à procura das bases da antropoanálise, veremos desenhar-se uma «visão do mundo» própria dela, uma apreensão específica do homem inserido em diferentes sistemas, ligado a múltiplas relações e construtor do seu futuro.

É, pois, ao homem que este modelo é destinado e, em primeiro lugar, àquele que sofre de doença mental e a todos os que são interpelados pela defesa da saúde mental e do bem-estar social, de uma maneira geral.

Num segundo tempo, apresentaremos uma experiência de trabalho comunitário levado a cabo por uma equipa pluridisciplinar utilizando o modelo antropoanalítico. Neste capítulo iremos descrever particularmente a prática, a maneira de ser e a maneira de o modelo ser eficaz. A referência à pedagogia de Paulo Freire e à de Carl Rogers, à filosofia social e ao existencialismo, tem uma aplicação concreta ao longo de todo o trabalho desenvolvido no Bairro da Boavista, em Lisboa. Trata-se, de certo modo, de uma verificação da teoria pela prática, sendo uma e outra constantemente avaliadas à luz da segunda.

A terceira parte desta obra consta de uma reflexão sobre as possibilidades que o modelo antropoanalítico oferece para realizar uma intervenção social na área da saúde. Sem pretender na realidade transpor a experiência para a Suíça, tentaremos demonstrar que a antropoanálise pode constituir uma resposta a certos problemas colocados pela organização actual da acção médico-social.

Para tal, é utilizada uma grelha de leitura que permita abarcar a complexa realidade do Homem, concebida como um *sistema de sistemas. E* assim que nasce, dentro deste conceito, o método de análise do *sistema socioantropológico.* Entenda-se que este sistema, apesar da sua designação, pretende a análise do Homem na sua tripla configuração *bio-psico-social.*

b) Momento da particularidade

Na sua análise mais reducionista (empregue pela escola da Sociedade de Antropoanálise) foi aplicado ao conceito uma grelha *analítica* que visa a «análise do *anthropus*». Classificamos esta grelha *de* reducionista justamente pela *redução analítica* da dimensão antropológica. Isto é, o momento de análise, implicado em qualquer tipo de compreensão do humano, é elevado ao centro da metodologia e praticamente absolutizado, reduzindo dessa forma a perspectiva antropológica a um *objecto* de análise. Esta posição inviabiliza uma abertura para o homem *sujeito* auto-poiético face às indeterminações da vida.» (Marques Teixeira, J. *Crítica ao conceito de Antropoanálise.* Folha informativa do IADAC. 1991, 3 (3). Porto).

Contexto da experiência

Antes de apresentar a experiência da Boavista, iremos situar o quadro onde ela se desenrolou. Partindo de uma breve referência à história e à geografia portuguesas, iremos entrar no Bairro da Boavista com o objectivo de «fotografar» o mais exactamente possível, mostrando as suas características, nomeadamente urbanas, arquitectónicas, sociais, económicas.

Mas porquê procurar em Portugal matéria de reflexão? Possivelmente, alguns dirão que as condições políticas, económicas e sociais e a cultura portuguesa são tão diferentes das helvéticas que, apesar de o nosso trabalho ter certamente interesse etnológico, não terá, todavia, utilidade para uma reflexão sobre a acção médico-social na Suíça. Estamos certos do contrário pois, para nós, os problemas são os mesmos aqui e lá, e os grupos em presença são idênticos - beneficiados e despojados. Tanto na Suíça como aqui, os intervenientes médicos e sociais questionam-se acerca do seu papel na sociedade.

Tentaremos demonstrar, a partir do nosso trabalho quotidiano, por que razão esta experiência portuguesa nos interpelou.

1.1. Algumas Reflexões sobre a Marginalidade e a Pobreza

O combate pelo dinheiro e pelo poder na nossa sociedade substituiu a luta pela sobrevivência, e é fácil de verificar que o sistema produção/salário/consumo no qual vivemos destrói o que há de humano nas relações, isolando os indivíduos na inveja e no ciúme. As diferenças de salário, os prémios de produção e, por conseguinte, a desigualdade no acesso ao consumo, mantêm a exploração e a opressão, anulando, muitas vezes, a solidariedade e a cooperação.

Um número crescente de pessoas é marginalizado ou marginaliza-se de uma sociedade por serem declaradas ou se declaram inaptas para entrar no jogo.

Causa ou efeito deste fenómeno, há cada vez mais pessoas que se encarregam destes pobres, destes doentes, destes «inadaptados», com o intuito de que, mesmo que não vivam «normalmente», possam, ao menos, sobreviver.

O século XVIII, em França, foi a época da criação de instituições que tinham como finalidade o grande internamento dos doentes e dos marginais ocultando-os e excluindo-os da Sociedade. Esta prática, nascida na Inglaterra cem anos atrás, estendeu-se e, no final do século, uma rede de hospitais de asilos e de prisões cobria a Europa. Esta maneira de actuar denota uma nova reacção à miséria, à loucura, ao patético, e também a relação com o homem e com o que ele pode ter de desumano na sua vida.

O internamento resulta de nova organização social e do nascimento do assalariado, e a partir de então a pobreza e a doença começam a ser consideradas problemáticas, vistas como problemas sociais, enquanto até aí, eram consideradas como «estatuto» imutável e garante do equilíbrio social. A vida neste mundo era um prelúdio e uma preparação para o objectivo importante: a vida depois da morte.

Hoje que os valores económicos suplantam os valores espirituais e religiosos, o trabalho e a ociosidade traçam na «Idade Moderna» uma linha de divisão que substituiu a da grande exclusão da lepra de antigamente. Mantêm-se os velhos ritos da excomunhão, mas agora no mundo da produção e do consumo.

A recuperação pelo trabalho tem uma dupla consequência, pois oferece remédio à mendicidade, à esmola na rua, e fornece também mão-de-obra para as manufacturas.

A partir de uma determinada experiência de trabalho, formula-se a exigência do internamento ligado indissoluvelmente à economia e à ética do trabalho.

Não é de espantar que os loucos tenham sido englobados na proscrição da ociosidade, pois que desde a origem da sociedade industrial tiveram o seu lugar ao lado dos pobres e dos ociosos, voluntários ou não. A partir daí, separam-se dos outros pela sua incapacidade de trabalhar e de seguir o ritmo da vida colectiva. Na verdade, se se esperou pelo século XVIII para internar os loucos, foi também nessa época que surgiu a decisão de os juntar com portadores de todas as outras formas de incapacidades sociais.

A anterior referência a Foucault (1975) permite-nos apreciar o caminho percorrido desde o fim da «Idade Moderna». Hoje, a situação é mais complexa, pois por um lado, tende-se cada vez menos para o internamento, e, por outro, verifica-se o aparecimento crescente de instituições especializadas em regime ambulatório. Ao mesmo tempo a Sociedade, em geral, tenta convencer a família a assumir os seus «desvios». Pressionada pelo exterior, a família culpabilizada deve, assim, ser a substituta do hospital mas, não tendo os conhecimentos necessários, terá que pedir ajuda a instituições ou serviços sociais de modo a enfrentar os problemas. Actualmente, assistimos à explosão do regime ambulatório. Deste modo, continua o doente, o «diferente», o marginal, a ser rejeitado e excluído da sociedade. Quando a doença ou o desvio surgem, o itinerário da pessoa vai ser modelado pelas estruturas médicas e sociais existentes. O guia de acção não é apenas o interesse da pessoa mas também a sua recuperação pelo e para o trabalho.

No campo da intervenção médico-social somos constantemente confrontados com tal situação e, pouco apoiados, já não sabemos a que "santo" teórico nos devemos consagrar.

Estamos ao serviço do sistema produção/salário/consumo, ou ao do bem-estar das pessoas e dos grupos? Os intervenientes médico-sociais têm dificuldade em ser admitidos nos lugares onde é determinada a divisão dos recursos e onde se tomam as decisões que lhes dizem respeito. Os deserdados da nossa sociedade não possuem força para reagir, habituando-se ao seu desconforto, à sua situação precária, aos fracos rendimentos que lhes são atribuídos e distribuídos. Por exemplo, um «slogan» muito em voga e muito repetido é que «não há pobres na Suíça». Ora os habitantes deste país ficam chocados ao saberem que mais de 10 por cento da sua população vive em condições muito modestas e 4 por cento na miséria (referido no Jornal 24 heures et Feuille d'Avis de Lausanne, 1981).

Os pobres só são verdadeiramente conhecidos quando têm que ser assistidos e quando recebem ajuda social mas, nessa altura, os problemas são já, muitas vezes, insustentáveis. Os serviços sociais ocupam-se de pessoas isoladas dos seus grupos originais e retirados das posições sociais às quais pertenciam. Estes aspectos da pobreza raramente são abordados nos meios assistências, e a ausência de recursos surge como a dificuldade principal.

As tabelas são aplicadas e permitem passar de um estado de pobreza a um estado menos pobre.

Deveremos considerar como pobre apenas aquela população cujos rendimentos são os mais baixos? O pobre, na Suíça, anda muitas vezes de automóvel, mas isto traz-lhe mais problemas que conforto pois que o estado da sua viatura conduz com frequência o seu proprietário ao posto da polícia, ou então, leva-o a endividar-se. O suíço pobre tem os pneus do automóvel «carecas», enquanto o camponês das índias ou o pescador português anda descalço ou de sandálias. Uns e outros são pobres, porque ambos se situam na zona mais baixa da escala de rendimentos. Se, como escreve Labbens (1978), se encontram no décimo ou no vigésimo lugar da sociedade, serão considerados realmente miseráveis ou indigentes.

Esta definição de pobreza e de miséria não é suficiente para nós, pois significa, também, ausência de poder no trabalho e ausência dos direitos provenientes da sua produtividade, os quais permitem receber em contrapartida dinheiro que dá acesso a melhores níveis de vida na sociedade que os rodeia. Cada vez mais, a instrução e a formação profissional são trunfos necessários para ocupar melhores postos de trabalho e obter um salário decente.

Não é frequente que uma pessoa instruída seja pobre; pode acontecer ter que trabalhar por um salário inferior às suas pretensões mas, de qualquer maneira, é privilegiada em comparação com quem teve uma instrução rudimentar ou nenhuma instrução. Se a doença aparece, a posição da pessoa que adquiriu uma formação será mais vantajosa do que aquela que não lhe teve acesso.

Uma qualificação adequada é um elemento chave na inserção social. Hoje, na actual conjuntura económica, o risco de exclusão do mercado de trabalho aumenta com a fraqueza ou a ausência de títulos ou diplomas. Assim, constatamos que os grupos sociais de fracas qualificações estão submetidos a uma grande instabilidade de emprego e às tarefas mais rejeitadas. Eles são, aliás, o grosso da clientela dos serviços públicos de assistência social e constituem o «núcleo duro» da pobreza. Provenientes de famílias desfavorecidas, suportando as condições difíceis de vida, de inserção sociocultural e de fraqueza económica dos pais e dos avós, reproduzem de geração em geração os mesmos «handicaps», os mesmos esquemas de funcionamento.

Nos seus serviços, os trabalhadores sociais são muitas vezes confrontados com gerações de famílias na miséria.

Assim, verificamos que a pobreza, constituindo naturalmente ausência de meios financeiros suficientes, é também impossibilidade de acesso ao poder e marginalização pela nossa sociedade de abundância. Se para a maior parte dos suíços o desenvolvimento da economia se traduz pela abundância e opulência, para alguns seria uma justiça necessária permitir que cada habitante participe mais equitativamente na distribuição das riquezas.

Por outro lado, todos os dias passamos ao lado de pessoas idosas, inválidas, cujas condições precárias são julgadas suficientes mas para quem o equilíbrio orçamental é um verdadeiro exercício de corda bamba e de privações.

Numa sociedade submetida ao imperialismo da produção-consumo, a doença é mais bem assumida do que a pobreza, considerada como um defeito, uma tara e uma vergonha. Este sistema empurra, pois, os que a nós recorrem para a doença e para a invalidez, permitindo a um marginal viver a sua marginalidade, segundo os regulamentos. Com efeito, aqui a incapacidade para trabalhar só é aceite com a etiqueta de «doente», e é o atestado médico que, na maior parte das vezes, torna viável o acesso aos possíveis socorros. Assim, recuperam-se para o interior do sistema aqueles que poderiam pô-lo em questão.

Se a pobreza é a falta de recursos e de poder, é fundamentalmente desigualdade, e também mal-estar psicológico, o que conduz muitas vezes a dificuldades de ordem relacional que criam barreiras para se ser bem-sucedido na escola e no trabalho e para se desenvolver na sociedade. Tais obstáculos dificilmente conseguem ser superados, na medida que são, ao mesmo tempo, causa e efeito da pobreza.

Para encontrar pobres em Lausanne ou em outro local da Suíça, basta perguntar qual a zona onde é pouco aprazível viver. Encontramos, então, rapidamente prédios onde se alojam as pessoas de fracos recursos, que não escolheram viver ali mas que foram evacuadas do seu velho apartamento porque perturbavam a vida colectiva ou prejudicavam o bom nome do prédio ou do bairro, e ali encontraram o refúgio. Quantas vezes ouvimos os

administradores de prédios de carácter social rejeitar ou despejar famílias, apresentando este género de argumentos.

Os serviços públicos procuram aliviar a desigualdade dos recursos através de uma distribuição parcimoniosa do indispensável à sobrevivência, evitando entrar no debate no que respeita ao poder e protegendo este da crítica. Ora, pensamos que sem mobilizar as pessoas esmagadas ou ameaçadas pela pobreza, sem lhes permitir dirigir o seu próprio destino e sem lhes dar consciência das suas próprias capacidades, é impossível que possam sair de uma situação de opressão e de angústia. Devemos recusar que os pobres, os doentes, se isolem num discurso de resignação-sacrifício, identificando-se ou comparando-se com outros numa atitude de aceitação e de passividade; refugiando-se no discurso que muitas vezes ouvimos: «há gente mais infeliz e mais doente do que eu».

1.2. Pobreza Daqui ou de Outros Lados, Destino ou Começo?

Esta análise reflecte os nossos sentimentos em confronto com as nossas actividades de todos os dias. Pensamos que a pobreza, a marginalidade, a doença mental, não estão tão separadas umas das outras como se pretende, e é provável que o mal-estar que sentimos se deva à ambiguidade da posição que ocupamos. Pondo todo o nosso entusiasmo, toda a vontade em melhorar as situações difíceis, em estabelecer relações com as pessoas, fica-nos a impressão de, no fundo, estarmos a caucionar e a participar num sistema falhado, apesar da certeza de que as intervenções têm algum sucesso. Pode ser que este sentimento seja inerente ao nosso tipo de trabalho e sem dúvida será ainda tema para discussões apaixonadas.

Este debate foi pretexto para uma abertura, um prefácio para o nosso trabalho.

Com a experiência de dois anos de um de nós num bairro de lata parisiense, e tendo o outro participado no início da comunidade terapêutica que esteve na origem do trabalho da Boavista, descobrimos que a miséria é igual em toda a parte. Na Suíça ou noutro lado os pobres não têm acesso nem à cultura nem ao poder, e não conhecem a verdadeira liberdade – a

que consiste em escolher e organizar o seu próprio destino. Confrontados e mesmo esmagados e sem quaisquer possibilidades de reagir, herdam de geração em geração a sua miséria e os seus reveses.

Será uma fatalidade ou haverá uma alternativa possível ao seu desenvolvimento? Como diz Sísifo, os pobres e os interventores sociais estarão condenados a fazer rolar por toda a eternidade a mesma pedra?

Capítulo 2

O Modelo Antropoanalítico – Aspectos Teóricos

A análise do sistema socio antropológico (Caldeira, 1979) nasceu de uma inquietação e de uma interrogação sobre o homem e o seu lugar na história, na natureza e na comunidade. Considera que não é possível compreender o ser humano sem ter em conta a posição central que este ocupa no cruzamento de vários sistemas, se se pretende fazer dele uma análise global e não metonímica.

Na rede das relações sociais gerais pode-se enumerar seis sistemas, ou, melhor, seis dimensões:

— a dimensão pessoal (uma certa pessoa concreta)

— a dimensão interpessoal (da série, do encontro)

— a dimensão grupal (grupos, famílias, comunidades)

— a dimensão organizacional (lugar da burocratização do mundo e da vida)

— a dimensão institucional-societária (na qual se analisam a produção e a reprodução das relações sociais dominantes)

— a dimensão noética (dos Valores, da Espiritualidade, da Transcendência e do Absoluto)

A intervenção em antropoanálise pode ser feita segundo dois modelos: 1 – A antropoanálise terapêutica dirigida à pessoa e ao grupo; 2 – A antropoanálise sociocomunitária que intervém na animação de pessoas, de grupos, de organizações e instituições.

A antropoanálise dá uma importância muito grande à animação no campo da medicina comunitária e da psiquiatria social. Por animação, ela entende:

— a aprendizagem da actividade democrática com a participação consciente da população para exercer um papel activo no futuro comunitário, social, cultural, político e económico;

— a aprendizagem pela compreensão do projecto de construção colectiva facilitando uma actividade criadora tanto de contestação como de integração;

— a transformação da comunidade num grupo consciente e solidário, presente na sociedade, responsável, activo, participante, associando toda a comunidade ao seu desenvolvimento e ao de seus membros;

— uma tomada de consciência dos problemas de prevenção médica para que a população exija uma medicina eficaz, social e humana.

Na prática, a antropoanálise intervém principalmente ao nível das três primeiras dimensões, todavia, estende a todo o sistema a sua análise crítica e de intenção facilitadora. Pode considerar-se o conjunto da teoria e da prática que tem por objectivo o sistema socio antropológico.

Assim, o conceito de antropoanálise foi-se definindo pouco a pouco como sendo a análise do homem em situação crítica, inserido no seu contexto sociocultural e familiar, análise sincrónica e diacrónica do sistema socioantropológico através de uma prática dialógica centrada.

Para abordar e melhor definir a antropoanálise, vamos desenvolver os aspectos seguintes:

— A filosofia que suporta a teoria antropoanalítica e, sobretudo, o existencialismo.

— A prática dialógica centrada de Carl Rogers, a sua pedagogia e a de Paulo Freire, dados subjacentes à práxis antropoanalítica.

— O sistema socioantropológico, objecto da antropoanálise.

2.1. A Filosofia das Relações Sociais

A antropoanálise tem como problema teórico fundamental, as relações sociais, a articulação entre o Eu e o não-Eu, a dialéctica da relação humana com o ambiente, a relação do Eu com o Outro e a relação consigo mesmo.

Numa relação é preciso ter em conta o sujeito que se relaciona, o objecto de referência e a razão pela qual o primeiro termo está em relação com o segundo. Uma relação real exige que o termo relacionado seja modificado pela relação. Olhar uma rosa é uma relação real – eu olho a rosa que por sua vez não me olha. Há relações reais mútuas quando o sujeito e o objecto são modificados pela relação, tornando-se simultaneamente sujeito e objecto um para com o outro, como nas relações sociais. As relações mútuas podem ser de equivalência ou de desigualdade e, muitas vezes, de oposição ou de rejeição. Apesar de o campo da filosofia ser particularmente rico em tudo o que diz respeito à natureza humana e por consequência ao conceito das relações humanas, não nos referiremos senão ao que for útil à compreensão do modelo antropoanalítico.

A importância dada à relação social data já da Grécia antiga, debruçando-se muitos filósofos sobre ela ao longo do tempo. Para alguns, a característica do ser humano consiste na sua relação com os outros, a qual tem como característica de base a assistência mútua. Outros vêem o homem no mundo, no político como subjectividade autónoma, na verdade, única realidade e único valor. Para outros, ainda, a relação entre Ele e o Outro está marcada pela sociabilidade, a justiça, a igualdade, a equivalência, a reciprocidade. Se há uma personalização da sociedade, também há uma socialização da pessoa. Toda a realidade, toda a força, toda a existência se

reduz à relação. Através da solidariedade os homens, em confronto e em conflito, são responsáveis uns pelos outros, e a função central dos humanos, resultado de todas as forças que o constituem, é a liberdade. Esta ideia de liberdade, tão querida aos teóricos socialistas do século XIX, é retomada e reforçada por Jeanne-Marie (1976) que vê a sua origem no trabalho social colectivo. Fora da sociedade o homem não pode actualizar a sua potencialidade, a sociabilidade é-lhe natural. A solidariedade é a confirmação e a realização da liberdade. Tem como fonte a natureza colectiva do ser humano, implicando que um homem só é livre se dos outros conseguir fazer homens livres também.

Para Karl Marx, referido por Berlin (1962), o homem existe em todos estes aspectos, realizando-se nas relações sociais e nas relações com a natureza. Estas não confinam às relações de produção como poderíamos facilmente deduzir de uma leitura superficial da sua obra. Trata-se sempre da pessoa concreta com uma actividade produtiva, desenvolvendo-se de certa maneira, tendo relações sociais e políticas determinadas, ligadas pelo sentimento, procriando a vida num duplo aspecto: pela relação homem-mulher e pelas relações sociais.

O ponto de partida da análise marxista foi sempre o indivíduo concreto-real-vivo; Neste aspecto, a antropoanálise e esta teoria partilham da mesma análise.

2.2. O Existencialismo

Sem pretender seguir os meandros das diferentes correntes existencialistas, nem remontar aos princípios gregos desta teoria, é útil traçar as grandes linhas de força do existencialismo. Deixando de lado Kierkegaard (1985), Husserl (1990), Heidegger (1988), Merleau-Ponty (1945) e outros ainda, ir-nos-emos apoiar sobretudo no pensamento de J.-P. Sartre para sublinhar a ligação entre a antropoanálise e o existencialismo.

Para Sartre (1943), o papel da filosofia não é o de explicar o mundo, mas ensinar ao homem de que maneira pode dar um sentido à sua existência. A grande interrogação que se lhe põe no princípio, e talvez também a cada um

de nós, é a seguinte: será de admitir que há, aquém do humano, algures no seu passado, uma decisão quanto à nossa natureza, ou será de admitir que somos nós os responsáveis da nossa essência e natureza?

Sartre opõe-se à resposta dos filósofos racionalistas que comparam o homem a uma faca fabricada por um artesão, sendo, por exemplo, Deus o artesão. Para estes estes pensadores, existe uma representação da faca, anterior à sua fabricação. Deus teria concebido o homem antes de ele nascer e haveria portanto uma natureza humana anterior, ainda que manifestando-se de maneiras diferentes em cada indivíduo. O existencialismo representa uma revolta contra o racionalismo e a predestinação. É o homem que deve criar a sua essência, numa afirmação assumida da sua liberdade, em cada momento da vida. O que nos define é a nossa essência, somos ao mesmo tempo os artesãos, os criadores e as criaturas, portanto a existência precede a essência. Sartre considera a vida como um absurdo visto que existe a morte, que é o contrário da razão, e embora o ser humano não escolha o seu nascimento nem a sua morte o conceito de liberdade para construir a sua essência é a pedra angular da filosofia existencialista. Isto, aliás, impede-o de se perder no mais negro pessimismo. Livre, o homem é-o totalmente, mesmo que nem sempre tenha consciência disso. Talvez não tenha liberdade para estar doente ou são (neste ponto, veremos que os antropoanalistas são menos categóricos), ser burguês ou operário, mas tem liberdade para aceitar estes estados com resignação ou revoltar-se. O ser humano tem liberdade para reagir.

Livre para criar o seu próprio destino, agindo sem um guia, movendo-se num mundo absurdo, eis o homem, responsável pelos seus actos perante si próprio e perante a humanidade, porque cada uma das suas acções o compromete a si e aos outros, mesmo quando as suas escolhas e os seus compromissos são subjectivos, porque não podendo apoiar-se num saber metafísico fica obrigado a um debate com todos os homens.

O existencialismo é pois uma filosofia para o adulto e procura a sua definição pelo agir, empurrando-o a perguntar-se em que é que ele, individualmente, se distingue dos outros pelos seus actos. Ao agir, o homem define-se, faz-se e torna-se criador.

O homem segue o seu projecto e determina-o desde que começa a reflectir e a tomar consciência dos seus actos. O projecto é o que caracteriza a existência humana em comparação com a das coisas; é a relação da pessoa com o seu futuro. Contudo, ainda que, o projecto religioso e o projecto marxista sejam projectos de esperança, para Sartre o projecto não se justifica pelo futuro.

O existencialismo consiste, assim, em ver o indivíduo em movimento ao encontro do seu futuro, em relação com os outros, na liberdade e na responsabilidade. "Quando a liberdade explode numa alma humana, os deuses nada podem contra ela", (Sartre, 1974, acto II)

2.3. Antropoanálise e Existencialismo

Esta dimensão existencialista está na base da antropoanálise que tem como critério fundamental, para a sua prática, a construção de comunidades autónomas feitas por pessoas empenhadas numa dialéctica de libertação, cooperando numa participação sem identificação, numa comunicação sem ruptura. A reflexão teórica e prática procura apoiar-se neste princípio de base, isto é, só a liberdade cria a liberdade. Daí a necessidade de determinar em cada situação concreta onde se encontra o centro do poder. Idealmente, a crítica do poder e o poder da crítica deveriam ser características básicas das comunidades (para uma definição deste termo, veja-se o capítulo 3, 3.5), sejam elas bairro, aldeia, vila ou cidade. Mas, onde estão estas comunidades? Existirão ainda? Esmagadas pela sociedade, infiltradas e manietadas pelo sistema de produção/consumo, as comunidades «reais» são desagregadas pelo salário, pelos prémios de produção, pela alienação e pela competição do consumo.

Para os antropoanalistas, trata-se de reconstruir as comunidades permitindo, de novo, o acesso ao poder, ao controlo e às decisões em todos os organismos que lhes prestam serviços, produzem e distribuem os bens. Favorecendo o nascimento destas comunidades de interesse, a antropoanálise opõe ao Estado uma contra-instituição baseada no amor, na vizinhança, na convivência, que, ao procurar a autonomia e ao ter a liberdade como meio

e objectivo da sua acção, contribui para que as pessoas e as comunidades tomem consciência das suas posições no sistema e se abram à experiência da história viva que elas constroem.

A reflexão existencialista sustenta assim a teoria antropoanalítica: força criadora da liberdade do homem que o leva a forjar ele mesmo o seu destino, projecto que envolve e empenha mutuamente as pessoas.

2.4. Prática Dialógica Centrada e Rogers

A prática antropoanalítica caracteriza-se pela acção de uma série de atitudes de base descritas por Carl Rogers na sua Abordagem Centrada na Pessoa.

Rogers integra-se na corrente existencial humanista ao lado, entre outros, de Binswanger (1971), Maslow (1975), Laing (1960), Cooper (1989), Allport (1971), May (1992). O principal valor da psicologia existencial humanista é a investigação laboriosa das relações humanas empenhadas num devir humano.

Esta corrente caracteriza-se pela compreensão, o consentimento, o cuidado, a consideração pela pessoa, o entrar em relação, a aceitação, a luta por certos valores, a liberdade e a capacidade para recriar em cada momento o seu estar no presente.

Carl Rogers e a sua teoria centrada no cliente, a que ele mais tarde chamará abordagem centrada na pessoa, inspira-se nesta corrente e muitas das atitudes integradas pelo modelo antropoanalítico são resultantes das suas posições.

Para Rogers (1974) há fases características no processo terapêutico que aparecem com uma certa insistência e que julgamos importante enumerar:

— O cliente toma consciência de que o terapeuta não tem uma resposta já pronta, mas que o vai ajudar a encontrar as suas próprias soluções.

— O terapeuta estimula a livre expressão dos sentimentos do cliente, responde a estes e não ao conteúdo intelectual do seu discurso.

— Quanto mais fortes forem os sentimentos negativos expressos no princípio, mais intensos serão os sentimentos positivos posteriores.

— Os sentimentos negativos e positivos devem ser aceites pelo terapeuta; esta compreensão e esta aceitação constituem a parte mais importante do processo.

— A compreensão do terapeuta provoca no cliente um movimento de clarificação dele próprio.

— Início de acções positivas do cliente.

— Aprofundamento da compreensão de si próprio (cliente) desencadeando a coragem de uma maior introspecção.

— Maior confiança na acção livremente escolhida e decidida pelo cliente, que procura estabelecer com o terapeuta uma relação de igual para igual.

— O sentimento de ajuda decresce à medida que aparece o sentimento de que termina a relação.

Rogers indica, também, quais são os aspectos fundamentais da relação terapêutica:

— Calor e capacidade de resposta do terapeuta que manifesta o seu interesse e a sua aceitação.

— Permissividade na expressão dos sentimentos.

— Limitação material da acção (tempo, agressividade).

— O tempo pertence ao cliente e não ao terapeuta que deve abster-se de introduzir pressões, desejos, correcções.

As observações de Rogers sobre o desenrolar do processo terapêutico consistem numa aprendizagem, levando-o a definir três atitudes fundamen-

tais que o terapeuta deve integrar, nomeadamente, a congruência, a escuta incondicional positiva e a compreensão empática.

- A congruência consiste em ser coerente consigo mesmo durante a intervenção, na sua própria experiência, numa totalização desta – da sua consciência e da sua comunicação – e numa abertura que contudo não precisa de ser expressa por palavras. A liberdade e a criatividade do interventor são condições necessárias, se bem que não suficientes, para que a liberdade e a criatividade surjam no cliente. Numa relação interpessoal, a congruência garante ao terapeuta e ao cliente o máximo de espaço para serem eles mesmos.

- A escuta incondicional positiva é uma consideração, um cuidado, uma atenção, uma aceitação das pessoas e dos grupos, das suas comunicações, sem juízos de valor. Esta atitude favorece a autonomia do cliente, permitindo-lhe dirigir e criar a sua própria experiência tendo em vista a resolução ou não resolução dos seus conflitos. Uma relação de equivalência e não de poder, numa atmosfera calorosa e de acolhimento, leva a escutar o Outro como um ser real e diferente, separado do terapeuta, sem comparações nem interpretações.

- A compreensão empática tem dois momentos inseparáveis e consecutivos que se traduzem na apreensão do mundo afectivo do cliente como se fosse ele, mas nunca perdendo a qualidade de «como se», sem identificação; na apresentação e na restituição deste conteúdo compreendido. O estado empático consiste em perceber com precisão o quadro das referências internas do Outro, os seus comportamentos emocionais e as significações que lhe pertencem. Isto significa sentir as tristezas, as alegrias do Outro como ele mesmo as sente e as percebe, mas tendo sempre presente o «como», evitando a identificação. Se perdermos a distância do Outro e da identidade do nosso Eu, desaparecerá a capacidade terapêutica. Deixa assim de haver a relação Eu-Tu, relação que só pode existir na diferença.

Para entrar em relação com o Outro, é preciso ser Eu, para depois se negar como tal, a fim de ter disponibilidade de vivenciar a escuta incondicio-

nal positiva e a compreensão empática. É nesta escuta e nesta compreensão particular que se diferenciam clara e radicalmente o Eu e o Outro numa afirmação de identidade do Eu e da identidade do Outro. Eu e o Outro somos semelhantes e diferentes, pois existe uma relação entre duas pessoas, sempre que há uma influência recíproca com modificações mútuas, tornando-as simultaneamente idênticas e diferentes, distinguindo-se cada uma na sua diferença.

Assim, Eu e Outro entram em relação, partilhando um universo de significações e uma construção comum.

"— Anda brincar comigo pediu-lhe o principezinho. — Estou tão triste...

— Não posso ir brincar contigo — respondeu a raposa. — Não estou cativa...[2]

— Ah! Então desculpa! — disse o principezinho. Mas pôs-se a pensar e acabou por perguntar: — O que é que 'estar cativa' quer dizer?

— É uma coisa que toda a gente esqueceu — explicou a raposa.

— Quer dizer que se está ligado a alguém, que se criaram laços com alguém.

— Laços?

— Sim, laços — disse a raposa. — Ora vê: por enquanto, para mim, tu não és senão um rapazinho perfeitamente igual a milhares de outros rapazinhos. E eu não preciso de ti. E tu também não precisas de mim. (...). Mas, se me cativares, passamos a precisar um do outro. Passas a ser único no mundo para mim. E, para ti, eu também passo a ser única no mundo...

— E que é preciso fazer? — perguntou o principezinho.

— É preciso ter muita paciência. Primeiro sentas-te um bocadinho afastado de mim, aí em cima da relva. Eu olho para ti pelo canto do olho e tu não dizes nada. A linguagem é fonte de mal-entendidos. Mas, todos os dias te podes sentar um bocadinho mais perto..." (Saint-Exupéry, 1971, p.)

Segundo Rogers, o importante é a pessoa e o seu mundo e não o problema em si; o importante é a vivência com o seu conteúdo afectivo ou existencial e não o saber, o conhecimento ou as explicações racionais.

---

2 Nota do autor: Preferimos cativa ao 'presa' da tradução tradicional

Num processo de descoberta de si, o cliente (grupo, família …) liberta-se, criando novas condições para a sua acção transformadora do mundo.

A relação empática é um processo dinâmico com várias facetas e significa:

— Penetrar no mundo perceptivo do Outro e sentir-se aí à vontade.

— Ter uma sensibilidade constante à sua vivência, às suas mudanças, ao que isso representa.

— Mover-se delicadamente «dentro da pessoa» sem julgar nem criticar, aperceber-se dos sentimentos que a própria pessoa não tem conhecimento, compreender o que ela não compreende ainda, mas sem o revelar, respeitando o seu ritmo de descoberta, sem se tornar ameaçador.

— Transmitir de maneira adequada como percebe o universo do Outro e a sua maneira de estar no mundo.

— Avaliar com o Outro a precisão daquilo que foi experienciado.

— Mostrar ao Outro os possíveis significados das suas vivências ajudando-o a colocá-las no seu próprio sistema de referências.

O terapeuta é o facilitador da mudança, mas o cliente é, sem sombra de dúvidas, o centro das decisões e da avaliação. As suas resoluções levam-no a uma vida mais harmoniosa com os outros.

Na perspectiva da Abordagem Centrada na Pessoa, o problema da censura, consciente ou inconsciente, é secundário, pois o ritmo e as defesas da pessoa são respeitados. A censura desaparece na medida em que o cliente se sente em segurança e capaz de integrar as suas experiências e os seus sentimentos até então censurados. Ouvindo o seu discurso sem juízos de valor, evita-se reduzi-lo a um modelo e reificá-lo.

Esta Abordagem permite apreender o significado do discurso do cliente, tendo o cuidado de não introduzir as nossas próprias significações.

Cada indivíduo é agente e testemunha do que vive. Pela prática Centrada na Pessoa, o antropoanalista intervém ao nível das relações imaginárias

(ou consigo mesmo) e sociopessoais (com os outros), nos encontros interpessoais e de grupo. Está à escuta de «algo» que, se se vier a manifestar, o levará a tomar a palavra e a fazer ouvir a sua voz, na relação do encontro. Estar em relação é agir de uma maneira compreensiva e empática, negar-se nas suas perspectivas pessoais, afirmar-se a si mesmo e ao Outro como centro de acção diferente e original, procurando construir e reconstruir em si Outrem.

2.5. A Pedagogia de Paulo Freire

A intervenção comunitária antropoanalítica, vista por um prisma pedagógico, lembra-nos uma reflexão de Paulo Freire (1980). Observa ele que, no início, qualquer consciencialização provoca medo – o medo da liberdade. Esta obriga a passar de uma atitude passiva à acção. Logo que o medo desaparece, depara-se um segundo obstáculo: para os oprimidos o modelo alternativo é o modelo do opressor. Fazem uma identificação com o pólo oposto e pode-se afirmar que vivem uma dualidade existencial que os faz «acolher» em si próprios o opressor. Tal falta de imaginação, que não os deixa ir mais além destes dois pólos, opressor/oprimido, leva-os ao fatalismo. Quanto aos opressores, presos na relação oprimidos/opressores, não poderão ser elementos libertadores enquanto não se identificarem com os oprimidos.

Estes últimos, libertando-se, libertam ao mesmo tempo os opressores do fatalismo da relação oprimidos/opressores. Não há libertação possível senão aquela que parte dos oprimidos.

Mas o ponto forte da pedagogia dos oprimidos de Paulo Freire, seguida pela antropoanálise, salienta que nenhuma pedagogia libertadora pode ficar aquém dos oprimidos, querendo dizer, que estes não podem ser considerados como infelizes, passíveis de um «tratamento» humanitário, nem se lhes pode propor, a partir de exemplos escolhidos pelos opressores, modelos para a sua «promoção». Qualquer pedagogia digna deste nome deve ser elaborada *com* e não para os oprimidos, pois estes devem constituir o seu próprio modelo para a libertação.

Ninguém liberta outrem e ninguém se liberta sozinho; os homens só podem libertar-se em conjunto.

Libertar os homens sem os fazer reflectir é transformá-los em objectos. Paulo Freire atribui esta «coisificação» dos homens por outros homens à concepção «bancária» da educação dispensada pelos opressores. Nesta visão bancária da educação, o saber é um dom, uma dádiva dos que julgam saber aos que eles julgam ignorantes. A rigidez de tal atitude nega a educação e o conhecimento enquanto processo de procura. O saber não é a vivência, mas a experiência-contada-e-transmitida. O que os utilizadores desta pedagogia querem é a transformação da MENTALIDADE dos oprimidos e não da sua SITUAÇÃO, pois que, mais bem adaptados, estes podem ser mais oprimidos. Tal concepção implica também a dicotomia homem-mundo que, de certa forma, é como se existisse uma categoria de pessoas destinadas a serem espectadores no mundo, em vez de estarem no mundo.

A educação, vista como uma prática da liberdade e não como um depósito bancário, não diz respeito ao homem abstracto nem ao mundo sem homens, mas aos homens na sua relação com o mundo, uma relação onde o mundo e a consciência entram simultaneamente.

Paulo Freire insiste, enfim, no diálogo, fundamento da educação libertadora. Ora, como se pode dialogar quando:

— se projecta a ignorância no outro;

— se considera o outro como objecto;

— se considera ser superior, sabendo as coisas desde a nascença;

— se parte do princípio de que dizer as coisas é um papel reservado a homens escolhidos;

— se recusa a colaboração do outro?

Estas atitudes caracterizam, como bem se percebe, o antidiálogo tão praticado por tantos profissionais encarregados de educar, de tratar, de assistir, de ajudar.

O diálogo preconizado por Paulo Freire e pelos antropoanalistas é completamente diferente. Em todas as tentativas de procura, cada um deve tornar-se sujeito, tanto os interventores como aqueles que aparentemente estão destinados apenas a serem objecto da intervenção. Quanto mais homens adoptarem uma atitude activa, mais aprofundam e melhor dominam a sua tomada de consciência da realidade.

Assim, a acção antidialógica é caracterizada por: a) conquista (uma relação de sujeito a objecto); b) divisão; c) manipulação; d) invasão cultural.

Uma acção baseada num diálogo verdadeiro procurará: cooperação (uma relação de sujeito a sujeito); união; organização; síntese cultural.

Quando intervêm na comunidade os que assumem a perspectiva da antropoanálise, não pretendem ser uma vanguarda iluminada, ensinando aos oprimidos a libertação, ou um modelo de sociedade construída. Libertam-se, ao mesmo tempo que a comunidade, aprendendo com ela uma nova maneira de estar no mundo e formando uma comunidade de pessoas livres.

2.6. O Sistema Socioantropológico, Objecto da Antropoanálise

A antropoanálise tem como fundamento epistemológico a possibilidade de:

— conhecer o individual e o social tal qual se apresentam;

— considerar o indivíduo como fim e como meio de estudo ede intervenção, situado no centro das decisões e das acções e nas relações sociais do sistema onde vive;

— obter pela prática um conhecimento real da pessoa aberta ao seu próprio projecto, projecto ligado à sua vida e à sua história;

— ter uma prática dialógica centrada na pessoa e nas suas relações imaginárias e sociopessoais.

A antropoanálise considera o ser humano como um animal vertebrado, mamífero, dotado de palavra, activo, tendendo a reproduzir-se, comunitário, sexual, cerne de relações sociais, cruzamento de momentos biográficos e históricos, produtor e portador do conhecimento e do irracional, através de um processo que alterna entre a alienação e a liberdade.

O modelo antropoanalítico construiu o seu objecto de conhecimento estudando o sistema socioantropológico que se compõe de cinco subsistemas, como já vimos no princípio deste capítulo (o pessoal, o interpessoal, o grupal, o organizacional e o institucional-societário).

Abordagem dos sistemas e das estruturas

Estes dois termos designam conjuntos onde não se pode dissociar os objectos em relação das relações entre objectos. Objectos sem relações constituem uma realidade sem sentido, e relações sem objectos, um sentido sem vida. Em qualquer domínio que seja, distinguem-se dimensões diferentes que são de facto subsistemas de um sistema global. Ao analisar uma dimensão, importa realçar não só os elementos que a compõem e a relação entre estes elementos, mas também as relações que ligam esta dimensão às outras dimensões. As especificidades de cada dimensão e as suas relações no seio de um conjunto impedem quer a redução de uma dimensão a outra, quer a dedução de uma a partir da outra.

Assim, a antropoanálise tenta dividir uma totalidade nos seus diversos componentes.

A antropoanálise não *se* limita a analisar o exterior: recusa a confusão existente entre o «objecto-real» e o «objecto-do-conhecimento». Une-se, aqui, a certos existencialistas que acreditam que se chega ao conhecimento não só pela observação de um objecto mas também analisando a própria implicação do sujeito no momento da observação. A análise e a implicação devem estar ligadas numa tentativa que consiste num vaivém do homem em situação ao objecto e do objecto ao homem em situação.

É a prática dialógica centrada na relação que permite apreender a percepção ou a implicação de um indivíduo ou de um grupo em relação, a

tal sistema ou objecto, enquanto o recurso aos métodos da história imediata (ex: sociologia, antropologia, economia) fornece indicações sobre o objecto real. A antropoanálise procura, portanto, ao estudar um sistema ou uma dimensão, dar luz à percepção que a pessoa tem de si própria ou do mundo em que vive. É uma ciência que tenta captar o individual e o sistema, este através daquele, numa estrutura que articula saber e prática. Sem querer reduzir ou simplificar, procura conhecer a complexidade do círculo vida/pessoa/sociedade que, embora ligado entre si, é bem distinto.

Carlos Caldeira dá-nos, no domínio da psiquiatria, um exemplo muito simples que nos ajuda a apreender esta abordagem antropoanalítica:

Estou diante de um doente no hospital, que vive com a família, em determinada comunidade ou bairro, vem de uma determinada região e é de uma certa nacionalidade.

Nacionalidade / País

Região

Comunidade / Bairro

Família

Indivíduo

Sou confrontado com as relações que este indivíduo mantém com as diferentes dimensões. Muitas vezes, conforme a sua origem, adopta diferentes comportamentos, que nada têm a ver com a doença mas são o resultado dos costumes regionais.

Aqui em Portugal, por exemplo, há imensas diferenças entre o Norte e o Sul do país. Também há diferenças imensas conforme se vive num bairro rico ou num bairro de lata. Isto traduz-se em comportamentos familiares muito diferentes. Assim, não posso tratar toda a gente da mesma maneira. Constato que posso ter uma visão da cultura de origem de cada um, falando com ele. Mas também posso ter esse conhecimento estudando a sua cultura. Para isso utilizo a sociologia, a história e a economia, por exemplo.

Começo, então, a fazer dois tipos de abordagem: a análise directa e a análise indirecta, o que me permite aperceber os valores, as normas, as representações, os símbolos próprios de uma cultura ou duma subcultura. Só a prática centrada nos permite isso, pois, para nos dar informações escondidas no mais profundo de si, o doente tem que se sentir o mais livre possível.

A expressão do conteúdo socioafectivo profundo, inconsciente, determinante de comportamentos, depende directamente do grau de liberdade entre o entrevistador e o entrevistado. (Entrevista com Carlos Caldeira em Lisboa, em Outubro de 1981.)

Reconhece-se que a antropoanálise parte da hipótese de que cada indivíduo é portador da cultura ou da subcultura à qual pertence e de que é representante. As estruturas culturais (conjunto de representações, de valores, de hábitos, de regras sociais, de códigos simbólicos, de comportamentos) interiorizadas pela pessoa podem ser elementos explicativos de comportamentos pessoais e sociais, a partir dos quais procuramos a origem.

Evidentemente que a imagem da cultura não é a mesma para toda a gente. Em cada um existe um modelo complexo de aceitações, de contradições e de transformações, em função dos diferentes elementos que foram mais influentes no processo de modelagem, tanto no aspecto psíquico como no social. A prática dialógica centrada vai fornecer informações verbais sintomáticas que revelam ao mesmo tempo a cultura e os seus construtores, e ainda o modo de estruturação da cultura. A partir desta actualização pode-se desenvolver ou uma acção de análise que conduza a uma nova desordem, depois a uma reconstrução sistemática, ou uma síntese que tenda à recuperação do ou dos modelos da cultura.

A antropoanálise constrói, analisa e intervém no sistema socioantropológico, no que respeita à percepção que a pessoa ou o grupo tem de si próprio ou do mundo onde vive. Esta percepção resulta da organização das inter-relações impostas pela sua actividade estruturante.

2.7. Antropoanálise e Saúde Mental

A antropoanálise interessa-se particularmente pela promoção da saúde mental. Por isso escuta aqueles que vivem a tragédia da doença mental, vivenciada no internamento de um hospital psiquiátrico e na ausência de relações fraternais.

Destruidora de vida, a nossa sociedade vomita os pobres e os doentes, expulsa-os para a marginalização, coloca-os sob a autoridade médica que exerce a sua actividade, usurpando o monopólio da informação sobre o seu próprio funcionamento biopsicossociológico e sobre a saúde. Se o século XVIII foi a época do internamento dos doentes mentais conjuntamente com os marginais, subjugando-os à ordem monárquica e burguesa, no início do nosso século a medicina psiquiátrica sofre uma profunda transformação – qualquer coisa como um surto do «não-internamento», embora estivesse longe de ser uma libertação. Há, por sua vez, uma explosão e uma generalização do controlo social, uma separação entre as populações marginais e a constituição de instituições especificas, de competências especializadas, para os tomar a cargo. Cada um deve receber o tratamento adequado, dispensado pelo especialista competente e na instituição específica. Hoje em dia, a sociedade apoia-se principalmente em duas instituições, no que respeita aos doentes mentais, nomeadamente, o hospital psiquiátrico e a família.

A antropoanálise não entra no jogo deste duplo internamento hospitalar e familiar, que considera como infantilizante. No hospital, separado das pessoas ditas «saudáveis», e dos seus familiares, e, na família, afastado de seus pares, o doente sente-se incapaz de viver um movimento libertador. A antropoanálise denuncia também os fins de rentabilidade económica desta prática, pois o internamento tem muitas vezes como critério a incapacidade do indivíduo para ser produtivo. Faz ao mesmo tempo a crítica do poder médico e da violência social. Leva a sua intervenção à construção de comunidades de saúde mental tendo por direito o poder de contestação. Se escolheu o campo da saúde, foi porque o modelo de análise e de intervenção nasceu de uma equipa de medicina mental que começou a ouvir, a querer conhecer e a intervir no concreto.

A antropoanálise interessa-se pela pessoa, pelo grupo e pelas comunidades em crise. Tem por objectivo a pessoa em crise, que é simultaneamente agente e testemunha dos sistemas de relações sociais nos quais vive e nos quais participa. Cada ser humano é fonte de conhecimento de si próprio, dos acontecimentos e das estruturas da sociedade.

Por exemplo, no quadro da psiquiatria a antropoanálise interessa-se pelo doente, «homem em carne e osso» (Unamuno, 1973)), que nasceu e que vive numa determinada família, trabalha numa determinada empresa, gosta de futebol, de beber um copo, de falar com os amigos, mas que ao ouvir um vizinho gritar tapa os ouvidos. É este doente-concreto que provoca a interrogação na antropoanálise. Como é que este homem vive a sua «realidade» e como é a realidade vivida por ele?

Compreender, perceber o ser humano em crise é o primeiro passo da antropoanálise, o seu acto constitutivo. O segundo é feito pelo estudo dos sistemas de relações sociais nos quais viveu e vive.

Quando se compreende a pessoa doente, obtém-se ao mesmo tempo um conhecimento das relações sociais em que se incluem as famílias, os grupos, as organizações que interactuam com ela, o próprio aparelho médico, o sistema socioeconómico, cultural e político onde está inserida.

Hoje em dia, internar o doente no hospital não tem sentido; pode ser um meio indispensável mas não um fim em si. Do mesmo modo, a psicoterapia individual ou em grupo não tem sentido, pois pode ser um meio, mas não um fim. Chamar «queixosos» ou «doentes» a todos os que pedem ajuda para o seu mal e para o seu sofrimento, é um absurdo. A loucura coexiste desde sempre com o «ser sensato» em cada um de nós, o que faz o indivíduo ter uma estrutura complexa e contraditória e a loucura ser um prodigioso motor do desenvolvimento da humanidade. Isto não significa que os antropoanalistas releguem para trás das costas o património precioso deixado pelos psicólogos do inconsciente, existencialistas ou experimentais, pela psiquiatria clínica, fenomenológica, social e política. Querem considerá-los como relativos, como sendo aproximações, perspectivas diferentes, pois nenhum deles engloba a totalidade dos parâmetros das relações humanas. Não é senão num trabalho colectivo, onde os profissionais estão preparados para uma abordagem totalizante e não reducionista e vivendo em diálogo

permanente, caloroso e aberto, e na compreensão empática com a pessoa, que a loucura pode ser conhecida nas suas manifestações quotidianas e nas suas causas múltiplas.

Por todas as razões que enunciámos, os antropoanalistas têm a certeza de que só um grupo pluridisciplinar pode intervir na comunidade. No exemplo de trabalho que nos interessa, o grupo é constituído por uma equipa com horizontes disciplinares diversos, tendo por fim promover e defender a saúde mental e prevenir a doença mental. Tem como objecto as pessoas e os grupos que lhe pedem a sua participação e organiza-se de maneira a confrontar-se com eles como um modelo de identidade, de congruência, de criatividade e de autenticidade.

Capítulo 3

A Comunidade Terapêutica Antropoanalítica na Boavista

3.1. Introdução

É evidente que a experiência da comunidade terapêutica no Bairro da Boavista em Lisboa não nasceu de um dia para o outro, a partir do nada. Inscreve-se num determinado contexto, num momento histórico preciso e participa do desenvolvimento da psiquiatria em Portugal.

Não podemos analisar todos os parâmetros susceptíveis de explicar o nascimento, o desenvolvimento e o fim desta comunidade. Tão-pouco temos os meios necessários para empreender uma pesquisa aprofundada sobre a situação da população, equipamento e organização sanitária do país, ainda que todos estes pontos façam parte do pano de fundo no qual se inscreve a tentativa que nos interessa.

No entanto, há aspectos sobre os quais é indispensável debruçarmo-nos, porque constituem factores explicativos e decisivos em relação a esta experiência. Tais aspectos são evidentemente específicos de Portugal, mas não excluem a possibilidade de transpor ou utilizar este trabalho noutro lugar. Falaremos disso mais tarde, no último capítulo.

Antes de descrever o trabalho da comunidade no bairro, iremos começar este capítulo abordando os seguintes pontos:

— O que é o Bairro da Boavista, qual a sua história, quem o habita.

— Terá o contexto político da época explicado em parte, ou facilitado, o aparecimento do trabalho no bairro?

— Como está organizada, no momento em que o trabalho tem o seu arranque, a situação dos doentes mentais em Lisboa?

— O que é, precisamente, uma comunidade, uma comunidade terapêutica?

3.2. O Bairro da Boavista… do passado ao presente

Talvez seja útil recordar que Lisboa é a capital de Portugal, e que antes de nós, já Ulisses cá esteve.

Isso foi ontem… Hoje, Lisboa tem cerca de dois milhões de habitantes. Construída sobre sete colinas, face ao Tejo e ao oceano, Lisboa foi a capital de um vasto império, povoada de marinheiros ávidos de viagens e de aventuras. Hoje, sempre perspectivada para o oceano, não é mais do que uma grande cidade, quinta-essência de um país que não digeriu ainda a sua revolução. Poderíamos certamente alongar-nos sobre as belezas de Lisboa, mas o bairro que nos interessa não se encontra no guia Michelin.

Em 1930, o Estado português prevê a construção de uma estrada no vale de Alcântara, estrada, essa, que conduziu mais tarde à famosa ponte que une as duas margens do Tejo, a Ponte Salazar, que depois da Revolução dos Cravos se passou a chamar Ponte 25 de Abril.

Estes trabalhos levaram à destruição de um bairro e ao realojamento da população. Decide-se transferir a população para o Bairro da Boavista, situado na periferia oeste da cidade. Esta região é escolhida por razões económicas, pois que assim, assegura-se uma mão-de-obra necessária na zona, aí «fixada», devido a uma ausência de transportes públicos que durará 14 anos. É também à Boavista que vão dar pessoas vindas de bairros de lata e de bairros que vão ser demolidos por insalubridade, ou para serem construídos prédios comerciais ou administrativos.

Nisto, Lisboa não difere das outras grandes cidades europeias que passam, a certa altura, pelo fenómeno da ocupação do seu centro pelo sector terciário e pela expulsão da sua população para bairros mais periféricos.

A pouco e pouco, o bairro vai-se constituindo com uma população vinda de diferentes regiões, feita de desalojados, realojados, gente sem posses, retornados, submetidos aos factores económicos e à vontade do Estado.

O aspecto actual do bairro mostra bem a distância que vai entre a sua evolução real e a ilusão dos planos feitos para o seu desenvolvimento social e económico. Com efeito, o esquema foi preconizado em duas fases. A primeira, era prever o alojamento dos habitantes de casebres declarados insalubres, de barracas, de bairros de lata, em construções provisórias, em lusa lite. Estas, relativamente pouco confortáveis, permitiam pelo menos aos habitantes adquirir novos hábitos de vida, de higiene e de cultura, aprendizagem que ao ser feita facilitaria a integração num alojamento de nível superior, em pequenas casas de alvenaria, susceptíveis de desenvolver nos seus ocupantes o sentimento da propriedade privada e, consequentemente, a sua adesão a um modelo «pequeno-burguês». A mudança de política a nível de Estado levou a uma terceira fase, da mudança das pequenas casas de pedra para prédios de inquilinos de renda limitada mais propícios à manutenção do espírito de luta de classes. Finalmente, o que devia ter sido provisório tornou-se definitivo e hoje coexistem as três fases, ou mesmo quatro se se tiverem em conta algumas barracas de madeira existentes na Boavista, desde o seu princípio.

Na altura em que começa a experiência que nos interessa, ou seja em 1974, o bairro contava com 11 000 habitantes alojados em 37 barracas de madeira, 700 casas de lusa lite e 580 casas de tijolos. As casas de lusa lite parecem-se com certos armazéns ou garagens pré-fabricadas dos nossos arredores, enquanto as de tijolos lembram as casitas do Bairro de Bellevue, em Lausanne.

Actualmente, vieram juntar-se a este conjunto três prédios de renda limitada. Sabemos que tais prédios são ocupados com muitas reticências por aqueles que lá vivem. Com efeito, estas pessoas preferem as suas habitações desconfortáveis, de aluguer irrisório, dando directamente para a rua, facilitando assim as trocas humanas e a vigilância dos filhos, aos prédios

separados por tabiques onde o aluguer é fixado de acordo com o salário (aproximadamente 10 % deste).

O nível de higiene e de conforto do bairro é-nos fornecido pelos seguintes dados: 50 % dos alojamentos têm cozinha, 44 % uma casa de banho, 46 % água canalizada, 7 % água quente, metade tem electricidade e em 28 % das casas encontram-se antenas de televisão.

A população é composta por três grupos socioprofissionais: pouco mais de um terço são operários, menos de um terço são empregados, o resto é composto por reformados, desempregados, soldados e donas de casa. Outro facto digno de relevo é o de esta população contar com 38 % de jovens com menos de 18 anos. Mesmo sem termos a preocupação de oferecer dados absolutamente precisos sobre as características da população, estes a que fizemos referência mostram, no seu conjunto, que a população da Boavista pertence aos estratos mais baixos da sociedade portuguesa e, neste sentido, pode falar-se de um bairro proletário (ou mesmo sub-proletário).

Apesar do autocarro que liga a Boavista aos outros pontos da cidade e que é utilizado por mais de metade dos trabalhadores como meio de transporte para os seus trabalhos, os trajectos a realizar são longos e quase um terço da população diz precisar de meia a uma hora para se deslocar.

O acesso ao bairro é feito por uma única estrada que o circunda. Não há um único jardim, só minúsculos pátios à frente de cada casa, muitas vezes utilizados para aumentar a casa, numa construção heteróclita. Existe um mercado ao ar livre onde as condições de higiene são muito precárias e que, muitas vezes, serve de acampamento para os ciganos. Num lugar coberto faz-se mercado e, ao fundo do bairro, há um supermercado com as janelas gradeadas, que faz lembrar as cantinas no mato das antigas colónias africanas. O abastecimento é também assegurado por vendedores ambulantes, habitantes que se vão abastecer nos supermercados exteriores ao bairro e revendem a mercadoria à esquina das ruas, realizando assim um pequeno lucro.

As ruas principais são alcatroadas, enquanto as ruelas são pavimentadas ou em terra batida, mas varridas regularmente, e existem contentores para o lixo. Não há correio e a única cabina telefónica está quase sempre avariada.

O equipamento social compreende uma creche onde são admitidas uma dúzia de crianças e, dois consultórios médicos ligados à Misericórdia (instituição privada de beneficência), abertos uma vez por semana.

Existem dois clubes desportivos de «cor política» diferente, o que os faz estarem em competição permanente. Por fim, existem uma capela, uma sala de festas e uma escola. Provisoriamente, tinham sido construídas duas escolas: uma para rapazes e outra para raparigas. Uma foi destruída e a outra cedida para actividades comunitárias; finalmente foi construída uma nova escola mais adequada. É interessante verificar que a taxa de alfabetização do bairro é superior à média portuguesa, isto é, 86 % na Boavista e 64 % no país. A proporção de absentismo é muito elevada, apesar de, tal como na Suíça, haver escolaridade obrigatória durante nove anos. Recentemente, ainda era de seis anos, mas passou para nove, provavelmente, em grande parte, como meio de luta contra o desemprego dos jovens. Parece que as únicas mudanças realizadas no bairro, exceptuando a construção dos últimos prédios de inquilinos, são a degradação e a deterioração das construções e das infra-estruturas.

O nosso primeiro espanto, logo que decidimos visitar o bairro, começou ao sermos aconselhados a não irmos sozinhos, mas sim acompanhados por um dos interventores, trabalhador na comunidade terapêutica e conhecido dos habitantes. Não entra na Boavista quem quer, pois arrisca-se a ser importunado ou mesmo roubado se não for «apresentado». E foi assim que, um pouco inquietos, entrámos no bairro na companhia de um médico e de uma enfermeira, ambos conhecidos da comunidade.

Mal o carro parou, fomos cercados por uma multidão de crianças bastante admiradas. Magras, sujas, algumas de pés descalços e a maior parte das rapariguinhas veste de preto.

Durante a visita, não nos deixaram, tentando ser fotografados, dando a mão primeiro à enfermeira e depois a nós. Notámos que algumas delas eram muito agressivas umas com as outras, dando fortes palmadas, estaladas, pontapés, rasteiras sem tréguas e aparentemente sem razão. No entanto, quando nos vamos embora surge uma pequenita de dez anos que nos oferece esta canção inventada por ela e tão cheia de significado:

«Visitantes, visitantes,
Gostamos de vos ver chegar.
Trazem-nos muitos sonhos
E depois vão-se embora
Sem sequer dizer adeus.»

Os adultos são mais discretos, ou talvez mais tímidos. Olham-nos de longe, com ar interrogativo. Agrupam-se em frente das casas, algumas mulheres bordam e fazem croché, outras entram e saem de casa; os homens também estão, mas de mãos nos bolsos; por todo o lado, existem crianças!

Em frente das casas de lusa lite, as ruelas são muito estreitas, sem espaço para passar um carro, mas cheias de vida. A actividade da maior parte dos habitantes é na rua, que serve para tudo, nomeadamente, para vender, comprar, discutir, jogar, despejar o lixo e as águas sujas, apesar de haver esgotos e caixotes de lixo. Há uma diferença entre esta parte do bairro que pulula e vive, e a parte de cima onde se encontram as casas de tijolo. Aí, quase nunca se vê ninguém, mas notámos em contrapartida um desejo e um esforço para melhorar as proximidades imediatas colocando plantas verdes nas janelas, flores nos minúsculos jardins da entrada. Tudo é relativo, mas encontrámos, aqui, a parte «aristocrática» do bairro. Passámos à frente da esquadra da policia e notamos a franca desconfiança da parte dos dois agentes pregados na soleira da porta. Sentimos que é melhor apressar o passo e renunciar a uma tentadora fotografia desta casa que tem próximo um cemitério de automóveis, um ou dois dos quais de matrícula alemã, vestígios prováveis da emigração. Explicam-nos que a presença da polícia no bairro foi um dos primeiros pedidos da população de que nos ocupamos. Aliás, foi, aparentemente, o único desejo satisfeito pelas autoridades. Após a sua instalação, os agentes integraram-se tão bem no bairro que até se suspeita que estejam metidos em todos os tráficos, sejam os melhores clientes das prostitutas e, por estas razões, se tenham tornado perfeitamente inúteis. A polícia do exterior, mal comece o anoitecer, não ousa entrar e nem intervir.

Em frente da esquadra da polícia, a cabina telefónica está ocupada por dois garotos que brincam e é de prever que em breve se tornará uma carcaça metálica surrealista. Ah, a escola! Curioso… De um lado do pátio do

recreio, um polícia anda de um lado para o outro, e do outro lado da escola, fora das vistas do guarda, brinca uma multidão de miúdos. Os habitantes dizem-nos que, como proibiram as crianças de jogarem no pátio do recreio fora das horas da escola, estas partiram todas as janelas à pedrada. Na verdade, quando já não há muita coisa para vigiar, a polícia decidiu marcar a sua presença. Já estamos em meados de Outubro e as aulas, devido a estes estragos, ainda não começaram e ninguém promete que as reparações sejam feitas com brevidade. Curiosamente as duas únicas janelas que escaparam ao massacre estão decoradas com flores de muitas cores feitas de papel e coladas aos vidros.

Durante o nosso passeio apercebemo-nos de que a senhora que era a nossa guia devia ser uma figura importante na Boavista. As mulheres abordavam-na e pediam-lhe conselhos sobre os filhos, pondo problemas de saúde e de comportamento. Ela respondia com muita segurança, dizendo no fim da sua «consulta» e dirigindo-se ao médico que nos acompanhava: «Penso que sobre este assunto o Senhor. Dr. tem a mesma opinião que eu»!

Sempre que tínhamos ocasião, dávamos uma olhadela para o interior das casas, tanto na parte de cima como na parte de baixo do bairro, e víamos que tudo estava com ar limpo e arranjado tanto quanto possível, dentro do espaço e dos meios de que dispunham. Isto é tanto mais interessante quanto as pessoas se apresentavam bastante sujas e pouco cuidadas, observando-se que os adultos tinham os dentes em muito mau estado, algumas raízes quebrados enchiam a boca e, com certeza, nunca puderam consultar um dentista. Curiosamente, no bairro não havia cães nem gatos.

Terminada a visita, tínhamos a sensação de ter estado num «ghetto», não só porque a superfície que abrigava estas 11 000 pessoas era insuficiente – as casas são muito apertadas, as ruas estreitas e só a rua principal é transitável – mas, e principalmente, pela asfixia que a Boavista sofre, pois está envolta completamente pela grande estrada que a contorna. Circundada por uma verdura distante (está inserida numa magnífica região florestal), a Boavista parece uma grande pedra cinzenta deixada cair descuidadamente por um gigante.

Nunca vimos crianças nem adultos irem jogar ou apanhar ar no pinhal! O bairro vive curvado sobre si próprio, separado da cidade pela distância

e pelo preço dos transportes, reforçando assim o sentimento do «ghetto». Este isolamento é, apesar de tudo, desejado pelos habitantes que anseiam por ter a sua própria ambulância, as suas consultas. O resto da cidade é para eles um campo de manobra para os projectos, mais ou menos marginais, é local de trabalho e, por vezes, lugar de divertimento exclusivamente para homens, é claro! Mesmo para casar ou dar emprego, escolhe-se primeiro alguém do bairro.

3.3. Contexto Político: sua influência na comunidade

Segundo Nogueira (1977) e Oliveira Marques (1974), depois da queda da monarquia (1910), Portugal conheceu um regime republicano de predomínio parlamentar onde os partidos se guerreavam sem cessar, não só com votações mas também com armas.

Entre 1910 e a chegada ao Poder do chamado regime do Estado Novo (1926), apenas um dos Presidentes da República chegou ao fim do seu mandato de quatro anos. Todos os outros foram assassinados ou obrigados a demitirem-se. Após a tomada do Poder pelos militares em 28 de Maio de 1926, instalou-se em Portugal um regime autoritário, regime esse, que tentou obter o apoio das massas populares. Mas, aos militares faltava uma ideologia, um programa político coerente e políticos que, não tendo estado envolvidos no regime anterior, aceitassem assumir responsabilidades no Estado Novo. Encontraram tudo isto num homem, professor na Universidade de Coimbra: Salazar. Passado um curto período, Salazar retira-se da cena política e volta ao ensino, devido à falta de meios necessários – na sua opinião – para levar a cabo a sua política. Pouco depois, os militares, perante a impossibilidade de encontrar um substituto, fazem-lhe novo apelo, aceitando praticamente todas as suas condições e inaugurando, assim, um regime que sobreviverá à sua morte e até à Revolução dos Cravos em 25 de Abril de 1974.

Salazar era partidário duma política impregnada da doutrina social da Igreja e da encíclica *Rerum novarum* (Leão XIII, Maio de 1891). Admirador de Maurras e do corporativismo do nacional-fascismo italiano, esperava

ultrapassar a luta de classes reestruturando a sociedade em função de corporações que abrangessem patrões e empregados do mesmo sector. Pensava assim acabar com os conflitos sociais e laborais. Continuando o caminho de um certo populismo, cria em 1936, na sequência da Guerra Civil de Espanha, uma organização paramilitar, a Legião Portuguesa, que se torna a milícia e será o «alibi» popular do regime.

Data deste período a construção de certos bairros de Lisboa, como o que estamos agora a tratar, onde a implantação da Legião era considerável naquela altura. Esta política de sedução das camadas populares e desfavorecidas, explica a razão da nostalgia entre os mais idosos do bairro, relativamente a uma das figuras do Estado Novo que manifestara nessa altura um grande interesse pela promoção do bairro. Com a evolução do regime e o seu enfeudamento aos grandes interesses económicos, o bairro perde interesse do ponto de vista politico e é cada vez mais um reservatório de mão-de-obra e uma fonte de abastecimento para as «manifestações espontâneas» de apoio ao regime, nas situações mais críticas.

Uma política de nostalgia do Império, de exacerbação nacionalista e de competição com as potências ditas coloniais, leva a uma organização cada vez mais centralizadora do Estado, cada vez mais colonialista, no sentido moderno do termo, criando tensões extremamente fortes, no seio da sociedade portuguesa.

O deflagrar da guerra colonial em 1961 vai acelerar o desmantelamento do regime, apesar de um sobressalto de vitalidade com a chegada de Caetano ao Poder, depois do acidente de Salazar, que afastou o alguns meses antes da sua morte.

As dificuldades, as privações, as mudanças que a guerra provoca no interior da organização militar – suporte do regime – explicam em grande parte os motivos e a dinâmica da revolução de Abril de 1974. Esta põe fim à experiência corporativista em Portugal, iniciando-se um período turbulento em que inúmeras correntes políticas disputam o Poder, quer as da direita, mais ou menos camufladas, quer as da esquerda, do poder popular. O aparente sucesso de forças inspiradas numa certa concepção de democracia popular facilitou o aparecimento, no princípio do período revolucionário,

de uma série de instituições de poder popular, tais como, comissões de moradores, assembleias revolucionárias.

O período revolucionário e a descolonização que se lhe seguiu provocaram perturbações intensas na sociedade portuguesa e no seu funcionamento económico-político. A libertação da palavra, da expressão, da estruturação dos sindicatos fora do espartilho corporativo e a tomada de consciência do direito ao «político» são acompanhadas de uma certa redistribuição dos rendimentos e de uma relativa melhoria do poder de compra das camadas mais desfavorecidas. Mas a avalancha dos «retornados» de África provoca um aumento do desemprego, uma degradação do clima social e humano, uma inflação galopante, uma baixa da rentabilidade económica dos meios de produção. Em determinada altura, instala-se mesmo um clima de terror devido a prisões abusivas e à ocupação selvagem de casas que não só preocupa os proprietários lesados como cria um clima de desconfiança e de intrigas, até mesmo no interior dos bairros pobres.

No entanto, relativamente à criatividade política, este período foi rico de esperanças e de experiências novas tanto no domínio da gestão da comunidade pelos próprios utentes como ao nível dos meios de produção, administrativo e burocrático. A recuperação pós-revolucionária foi difícil devido ao receio da numerosa colónia de emigrantes na Europa e na América. Estes reduziram de forma dramática o envio de divisas para Portugal, elemento tradicional de equilíbrio na balança de pagamentos.

O movimento revolucionário e o seu corolário, o poder popular, coincidem com uma evolução da reflexão no interior do Hospital Psiquiátrico Júlio de Matos. É este conjunto de factores que vai permitir **a** experiência de trabalho comunitário no Bairro da Boavista.

3.4. O Hospital Psiquiátrico

Nos anos 40 foi construído em Lisboa um novo hospital psiquiátrico. Assinalamos a colaboração de alguns enfermeiros do hospital de Malévoz em Valais, que nos trazem os seus conhecimentos das técnicas hospitalares

aí usadas, então de vanguarda na Suíça. Durante alguns anos Júlio de Matos é um hospital de ponta em Portugal.

Contém divisões separadas para homens e para mulheres, uma consulta ambulatória e consultas pós-alta. Para estas, a cidade é dividida em sectores, sob a responsabilidade de diferentes médicos do hospital. Pouco a pouco, nos vinte anos seguintes, surge, em primeiro lugar, uma lenta degradação devida à falta de meios financeiros e, depois, a um ambiente de desencorajamento e demissão. Os salários são baixos, mesmo muito baixos, o que obriga o pessoal a ter dois empregos para sobreviver. Isto é possível pelos horários «reais» serem amputados em várias horas por dia e pelo direito a um certo número de dias de doença por mês. Toda a gente joga com estas possibilidades para conseguir duas actividades paralelas, instalando-se rapidamente um grave clima de «deixa andar» a todos os níveis. Aproveita-se a contribuição dos doentes para toda a espécie de trabalho (loiça, limpeza das instalações, cuidar do jardim), mas eles são também influenciados pelo ambiente geral e não mostram grande interesse nem para trabalhar nem para se curarem. As instalações e os jardins acabam por não ser cuidados e, no fim dos anos 60, o hospital está completamente deteriorado.

Hoje é um enorme conjunto cinzento e deprimente, apesar de traços, aqui e acolá, dos rebocos rosa de outrora. Hiperdimensionado, em comparação com as recomendações da OMS, o hospital tornou-se quase impossível de gerir, a organização está destruída, sem que se possa responsabilizar ninguém.

Esta degradação estrutural que não tem nome, nem rosto, envolve como uma teia de aranha que se apodera de tudo sem se dar por isso. Os roubos, a violência, a homossexualidade, a exploração dos mais fracos, a utilização dos doentes para mendigar nas ruas, a corrupção para obter internamento, parecem ocorrer sem que ninguém reaja, sem que sejam tomadas medidas eficazes.

O serviço de consultas ambulatórias tem um aspecto dantesco.

Os doentes estão mal instalados e esperam pela consulta desde madrugada. O pessoal, por seu lado, está em permanente tensão devido à falta de racionalização do serviço, que funciona segundo o princípio «há sempre lugar para mais um».

É oportuno falarmos aqui daquele que será o animador da experiência na Boavista, o Prof. Doutor. Carlos Caldeira. Chamado ao Brasil onde ensina durante um ano na Universidade de Manaus, na Amazónia, chega ao Hospital Júlio de Matos (onde já tinha trabalhado) em 1969, cheio de entusiasmo. Perante a situação catastrófica da instituição e certo de não conseguir angariar os meios financeiros que permitiriam tirá-la do marasmo, convoca com o apoio do Prof. Doutor. Barahona Fernandes, professor catedrático de psiquiatria e Director do Serviço, uma assembleia composta por todo o pessoal e por todos os doentes do seu serviço. Em conjunto, procuram melhorar a situação com os meios existentes. É o começo de uma comunidade terapêutica no hospital, que funcionará até Junho de 1978 (na p. 68 e seguintes, em «Definições e conceitos», tentaremos definir a noção de «comunidade terapêutica»).

Responsável de um serviço do hospital e de um sector da cidade, o Prof. Caldeira está também encarregado do ensino da economia e da sociologia médicas na mais recente das duas Faculdades de Medicina de Lisboa. Esta dupla implantação – hospital e universidade – permite o desenvolvimento do trabalho comunitário em duas frentes: uma análise sociológica assumida pelo Departamento de Sociologia e de Economia Médicas e uma acção no terreno a cargo de uma equipa do hospital.

3.5. O Hospital Sai dos seus Muros

Durante o período que se seguiu ao 25 de Abril de 1974, em que o projecto militar foi ultrapassado pelo movimento revolucionário do povo, a equipa teve a possibilidade e a liberdade de trabalhar no exterior do hospital. Imagina-se, com certeza, que nesse momento as resistências a um trabalho de tipo médico e social são mínimas, quase inexistentes, porque o movimento político geral procura soluções para os inúmeros problemas sociais deixados como herança pelo anterior regime. O trabalho da comunidade terapêutica do hospital permitiu à equipa o desenvolvimento de um modelo de análise e de intervenção chamado, desde 1975 *Antropoanálise.* Agora a equipa está pronta para começar um trabalho fora dos muros do

hospital. Com efeito, neste momento dois factores a que alguns chamarão coincidência, ou, segundo Jung, sincronicidade, vão justificar a intervenção da comunidade terapêutica na Boavista.

Por um lado, a equipa do hospital tinha verificado que este bairro, integrado no seu sector, enviava mais doentes ao hospital que qualquer outro. Por outro lado, a Junta de Freguesia preocupava-se cada vez mais com a taxa de delinquência e com os problemas postos pelo bairro. É então solicitado um inquérito ao Prof. Caldeira que, em simultâneo, vai realizá-lo com a sua equipa do hospital, com Departamento de Sociologia e Economia Médicas e com os estudantes interessados que se unem a este trabalho.

3.6. Definições e Conceitos

Antes de entrar na descrição do trabalho de desenvolvimento comunitário e das actividades terapêuticas no bairro, convém tentar definir o que é comunidade, comunidade terapêutica e por fim comunidade terapêutica antropoanalítica.

A comunidade

Na literatura que trata do desenvolvimento comunitário ou da organização comunitária existe uma quantidade de definições que contribuem para tornar este termo ambíguo. No entanto, essas definições sublinham, na sua maior parte, duas características da comunidade, isto é, o aspecto geográfico e as interacções sociais no seio de uma unidade geográfica. Há ainda alguns autores que admitem que um grupo de pessoas partilhando dos mesmos interesses, mas não do mesmo lugar, forma também uma comunidade. Retivemos a definição que M. Ross (1970) dá de comunidade e mais particularmente a sua segunda acepção do termo:

"1. Toda a população de uma região geográfica, por exemplo, uma aldeia, uma vila, um bairro, (…) ou, por extensão, toda a população

de uma província, de um estado, de uma nação ou do mundo (...). Embora a organização comunitária abranja habitualmente pequenos territórios, o processo pode operar em regiões muito mais vastas.

2. Mas o termo comunidade é igualmente utilizado para designar grupos de pessoas que partilham uma função ou um interesse, como o bem-estar, a agricultura, a educação, a religião. Não diz respeito a toda a população local, mas somente aos indivíduos e aos grupos que têm em comum um interesse ou uma função. A organização comunitária consiste (...) em levar as pessoas a desenvolver o sentimento de pertencer a uma comunidade e de trabalhar nos problemas comuns suscitados pela partilha de uma função ou de um interesse" (p 59).

Se escolhemos esta definição foi porque nos pareceu a que mais traduz o trabalho da equipa, segundo o modelo antropoanalítico.

Para Caldeira e seus colaboradores, com efeito, a comunidade antropoanalítica é uma comunidade de interesse, quer dizer, um grupo de pessoas que partilha uma presença, uma vivência, uma existência, um cuidado, uma intenção comum, como um objecto colectivo. O seu interesse pode estender-se à agricultura, ao bem-estar, à educação, à saúde, por exemplo, mas não diz respeito forçosamente a todos os indivíduos incluídos no meio geográfico, e não se limita a fronteiras geográficas ou administrativas.

Trabalha para desenvolver um sentimento de verdadeira fraternidade. Podem haver tantas comunidades quantas actividades que congregam pessoas. A comunidade tem a tarefa de apresentar um trabalho especializado, o qual é útil ao seu próprio desenvolvimento. Não é possível trabalhar com todos os membros de uma comuna ou de um bairro. Tem que se constituir, pois, um grupo activo e empreendedor, conhecedor dos objectivos desejáveis para a população e agindo na liberdade e criatividade, num processo que contribua para o bem comum. A comunidade é, pois, um *onde,* um *quando* e um *como.*

O «onde» é o meio geográfico com contornos indefinidos que não correspondem forçosamente aos limites de uma comunidade ecológica. Todavia, compreende um conjunto de famílias que vivem entre a rua X e a rua Y. É, por exemplo, a comunidade da Bourdonnette, de Bellevaux em Lausanne, ou a Boavista em Lisboa.

O «quando» aparece sobretudo em situação de opressão ao ouvir-se o grito de revolta dos oprimidos, o grito do desespero, e se aceita o seu pedido de mudança.

O «como» é o modo de elaboração e de realização do desejo colectivo, tendo em conta a realidade e o contexto nos quais se inscreve esta comunidade, isto é, a escolha do tipo de confrontação. Um *leader* ou um facilitador permite aos grupos fragmentados, desorganizados, reunirem-se e comunicarem para que surja um plano de esforço comum. Isto implica a compreensão empática e toma forma na participação sem identificação, na autonomia criadora de autonomia, na comunicação sem ruptura, cimentada no amor, na realidade democrática permissiva e criadora da convivencialidade.

3.7. A Comunidade Terapêutica

A expressão *comunidade terapêutica* designa um método que se esforça por utilizar o meio social de um hospital como parte integrante da abordagem terapêutica (Rapoport, 1974). A noção de comunidade terapêutica nasceu durante a Segunda Guerra Mundial em Inglaterra, quando foi preciso tratar e readaptar rapidamente fora dos hospitais psiquiátricos tradicionais os soldados que apresentavam problemas psiquiátricos e psicossomáticos. Terminada a guerra, um poderoso movimento a favor dos deficientes, incluindo os doentes mentais crónicos, e a tomada de consciência da importância dos factores sociais nas doenças mentais favorecem grandemente a instalação definitiva da comunidade terapêutica num número crescente de hospitais. Maxwell Jones (1972), assim como Rapoport (1974), impõem-se progressivamente neste movimento. Os dois afirmam que:

1. É preciso transformar a organização do hospital psiquiátrico para empenhar, nem que seja parcialmente, cada indivíduo no trabalho terapêutico. Esta mobilização, quer dos doentes quer do pessoal, deve ser tão completa quanto possível, o que implica uma concepção global do hospital ou do serviço considerado como sistema. Qualquer modificação importante que aconteça numa parte do hospital repercute-se no conjunto e exige em troca mudanças inesperadas de atitudes e de trabalho.
2. Para que esta modificação se faça é preciso que a comunicação circule livremente, tanto de baixo para cima, como de cima para baixo na pirâmide hierárquica hospitalar. Em seguida, as comunicações têm a tendência a fazerem-se horizontalmente entre todos os membros da comunidade.
3. Trata-se não só de permitir uma livre expressão, mas também de favorecer a tomada de decisões da comunidade. O enfermeiro deixa de ser o agente de execução e o doente o objecto dos cuidados. Empurrados para uma participação crescente, alguns doentes chegam a colaborar activamente no seu tratamento e no dos outros.

Em seguida, Jones (1972) propõe a noção de aprendizagem social para descrever o processo complexo de mudança produzido pela comunidade terapêutica, estabelecendo pouca ou nenhuma distinção entre tratamento e formação.

Na prática hospitalar, a comunidade terapêutica estrutura-se à volta dos três seguintes eixos:

1. A reunião destinada a juntar doentes e pessoal para uma discussão livre. Esta reunião procura actuar como psicoterapia de grupo, permitindo o estabelecimento de uma cultura terapêutica.
2. A análise feita, após a reunião, pelo pessoal presente que tem por fim resolver as tensões e reduzir a ansiedade surgidas no contacto

com os doentes e aprofundar a compreensão dos aspectos relacionais.

3. Os «grupos em acção» centrados numa actividade social e seguidos igualmente por uma reunião dos que prestam os cuidados.

Trata-se de procurar formas de experiência de grupo capazes de favorecer em todas as pessoas tratadas uma certa evolução psicossocial.

À volta da reunião quotidiana do conjunto, dos que recebem e dos que prestam cuidados, organiza-se a vida da comunidade, tomam-se decisões e exprimem-se as reacções que envolvem quer os acontecimentos vulgares quer os incidentes. A comunidade terapêutica caracteriza-se também por pôr em funcionamento reuniões do pessoal após a maior parte das intervenções terapêuticas e das actividades. Estas reuniões permitem analisar e elaborar a vivência dos que prestam cuidados, analisar processos institucionais e permitir uma formação contínua. A comunidade terapêutica pode estender-se facilmente a todas as actividades extra-hospitalares, comportando um trabalho de equipa, pois está enraizada no conjunto da sociedade e realiza uma experiência particular no sentido de favorecer a readaptação social.

A partir do trabalho de Maxwell Jones, estruturam-se outras comunidades terapêuticas com bases em fundamentos teóricos, modos de funcionamento ou ideologias mais ou menos próximas.

3.8. A Comunidade Antropoanalítica

A comunidade antropoanalítica[3] não aceita a reclusão do doente mental quer se trate do internamento num hospital quer da nova forma de reclusão que consiste em sobrecarregar as famílias com os seus doentes. Fechada num clima de culpabilidade, confrontada com os seus fantasmas, a família leva a efeito, no próprio seio, a reclusão do doente. Talvez a família se substitua ao hospital, mas para o doente, rejeitado pela população, a exclusão mantém-se.

3 Utilizaremos doravante a expressão «comunidade antropoanalítica», estando a noção de «terapêutica» evidentemente implícita

A comunidade antropoanalítica procura então ultrapassar este duplo internamento e integrar o doente no movimento da comunidade histórica real (comunidade onde ele e a sua família estão inseridos).

Na base da comunidade antropoanalítica há um grupo de pessoas que se interessa por promover a saúde mental e prevenir a doença. Esforça-se por quebrar as fronteiras que separam os doentes das pessoas saudáveis **e** construir uma comunidade que, sem marginalização, englobe todos os seres humanos interessados na saúde mental.

As características de base de uma comunidade antropoanalítica são as seguintes:

— Meio social terapêutico;

— Comunicação democrática directa em grupo;

— Liberdade de expressão;

— Autonomia administrativa;

— Autogestão;

— Relações de autoridade horizontais;

— Liderança múltipla e decisões por consenso;

— A comunidade terapêutica engloba uma comunidade concreta, responde às suas necessidades e pedidos, pondo à disposição o leque dos serviços de saúde mental do qual o próprio hospital faz parte.

Para os que trabalham na comunidade antropoanalítica, esta representa a maneira mais eficaz de actuar na área da psiquiatria com indivíduos ou grupos, num hospital ou num sector, porque permite alargar as potencialidades de criatividade, de socialização e de realização pessoal que conduzem ao desenvolvimento da pessoa. É na comunidade que o doente pode ver o efeito do seu comportamento nos outros e compreender algumas das motivações que estão na origem dos seus actos. Este meio de mudança facilita o processo de libertação das capacidades existentes em cada um – doente

ou não –, permitindo-lhe assim evoluir no sentido de uma maior afirmação de si próprio.

A comunidade antropoanalítica oferece valores que não são ameaçadores e uma atmosfera de compreensão e de calor humano, de modo a facilitar o aparecimento dos valores pessoais originais através da criatividade. Não é um lugar onde se prepara a vida e a mudança, ela é vida e mudança.

A comunidade antropoanalítica no hospital Júlio de Matos definia-se a ela própria por três noções:

1) É um meio que facilita a participação interpessoal e intergrupos, utilizando todo o pessoal médico, paramédico e administrativo com fins terapêuticos e favorecendo, através de actividades e de trabalho de grupo, as potencialidades terapêuticas dos próprios doentes.
   A aculturação e a afirmação de si são deste modo facilitadas, contrariando as tendências à dependência resultantes da regressão e da deterioração provocadas pela doença ou causadoras de doença.

2) Instrumento de prevenção primária (acção sobre os factores geradores da doença mental) e secundária (despiste), a comunidade terapêutica promove uma mudança no conceito de doença mental e, assim, uma maior aceitação do doente em reabilitação. Para isto, colabora com os poderes públicos na elaboração de leis adequadas e com todas as instituições (pedagógicas, profissionais, religiosas e outras) de maneira a melhorar o estado biológico, psicológico e social da população. Tendo-se fixado este objectivo, a comunidade terapêutica entra em diálogo com todas as pessoas e grupos da comunidade real.

3) Tem como objectivo a integração do hospital na comunidade à qual presta serviço. Procurando maior proximidade entre o sistema terapêutico e o exterior do hospital, favorece a integração social que permite em primeiro lugar uma melhor aceitação do hospital e do doente e, depois, as medidas apropriadas à prevenção primária.

Embora o conceito de comunidade antropoanalítica seja extremamente variável, podem-se referir alguns princípios gerais elaborados no Hospital Júlio de Matos:

— O doente deve receber cuidados suficientes e apoio à sua vida de todos os dias, quer seja no conforto das instalações, na terapêutica comunitária, quer na alimentação ou no vestuário.

— O doente deve ser protegido, na sua pessoa e nos seus haveres, não só do pessoal como dos outros doentes.

— As necessidades do doente devem constituir o objectivo principal, sobretudo no que respeita à inserção e à reabilitação e, a necessidade de vigilância, ainda que importante, deve ser sempre secundária.

— Deve preservar-se a personalidade do doente, favorecendo a consideração que ele tem por si próprio.

— O doente merece toda a confiança de que é digno, até prova em contrário. Deve ser incentivado a tomar cada vez mais iniciativas e responsabilidades.

— Uma das funções mais importantes de um hospital psiquiátrico é a programação do dia do doente. As actividades, o trabalho e o lazer são elementos terapêuticos fundamentais para a comunidade.

— As reuniões do pessoal são primordiais pois permitem resolver rapidamente as crises. Com efeito, a acção terapêutica da comunidade depende intimamente das relações interpessoais.

— A permissividade e a sanção estão ligadas num equilíbrio dinâmico. Entende-se por permissividade a tolerância em relação a um desvio do comportamento e a aceitação de acções normalmente inaceitáveis. O comportamento e as acções são objecto de exame por parte de todos os interessados para descobrir quais as suas motivações e depois definir um controlo adequado.

— A permissividade não quer dizer passividade; obriga, antes, a ultrapassar os princípios abstractos e regulamentares e a enfrentar

as crises, procurando-se soluções adaptadas às circunstâncias. Tem que se encontrar um equilíbrio entre as tendências para o desvio e para a desorganização, por um lado, e para a autoridade e a reparação, por outro.

— A permissividade necessita de uma liderança múltipla onde os conhecimentos e as experiências se consolidam e se adicionam, permitindo uma utilização racional da crítica feita num espírito de participação no qual se assumem as decisões.

— A orientação permissiva supõe um processo educativo que conduz a uma maturidade tal, que a doença deixa de ser utilizada para evitar as responsabilidades.

— Algumas pessoas não poderão ou não quererão aprender. Será preciso, então, fixar limites ao comportamento, integrados todavia no processo educativo socioterapêutico aceite pelo grupo.

— A aceitação das normas e das responsabilidades por parte dos doentes dirige-se à parte sã da sua personalidade e permite sem dificuldade um tratamento global conducente à reorganização de toda a sua pessoa.

— O pessoal terapêutico não é, portanto, passivo; transmite permanentemente os seus conhecimentos, a sua experiência das relações interpessoais e sociais e a sua psicodinâmica. Age como membro da comunidade e não como observador.

— O pessoal e os doentes têm direitos iguais, o que não significa uma igualdade de funções; e, como em qualquer organização, a autoridade é necessária. Por outro lado, o autoritarismo deve ser combatido. Em actos de decisão, todos têm o direito de votar.

— O comportamento de um doente que provoca perturbações não deve ser ignorado; e, se lhe traz sanções, estas far-se-ão num espírito terapêutico e não punitivo. A comunidade terapêutica decidirá o caso em assembleia comunitária.

— Na comunidade há um «orientador» formal, mas a sua autoridade é relegada para segundo plano de modo a favorecer uma liderança múltipla. Só em caso de extrema necessidade utilizará a sua autoridade, quando de uma crise institucional, da manipulação do grupo ou de pessoas, ou quando o processo comunitário se desvia do fim terapêutico. Então, a sua autoridade deve impor-se com firmeza.

— A análise dos papéis, tanto do pessoal médico, paramédico, como dos doentes, facilita o compromisso entre os membros.

— A importância dada à participação dos doentes, combate o sentimento de abandono e de passividade em que facilmente caem e prepara-os para a vida no exterior.

— O pessoal não médico, além de exercer funções para as quais foi contratado pela instituição, terá também um papel terapêutico na comunidade. À medida que a sua aprendizagem social se acentua, este pessoal tornar-se-á um elemento positivo na reabilitação do doente. O pessoal não médico – operários, jardineiros, mulheres de limpeza – terá um papel terapêutico cada vez mais importante na medida em que a sua função profissional for passando para segundo plano. A existência de grupos de trabalho compreendendo pessoal e doentes confere a estes um modelo de identificação, de integração social e de trabalho.

— Os familiares e amigos do doente devem ser integrados na comunidade terapêutica, tanto quanto possível.

— As reuniões são muito importantes para manter a rede de comunicação, quer no interior do hospital, quer no exterior.

— As comunicações numa comunidade são de todos os tipos: manifestas e latentes, verbais e não-verbais, conscientes e inconscientes. Tudo o que acontece é objecto de análise terapêutica. O pessoal deve aceitar que os conflitos sejam difundidos e discutidos, pois é inútil esconder o que se passa, Quando tal se admite, a difusão dos problemas permite ao doente participar no processo terapêutico.

Ajuda-se assim a torná-lo lúcido e exercita-se as suas capacidades de comunicação e de compreensão, muitas vezes atrofiadas.

Todos os princípios que enumerámos encontram a sua concretização na organização da vida do hospital; no seu melhor momento de funcionamento (1972-1974), a comunidade terapêutica de Júlio de Matos tinha as seguintes actividades:

— Uma assembleia comunitária do pessoal e dos doentes.
— Um grupo administrativo geral para executar as decisões da assembleia comunitária.
— Uma assembleia comunitária e um grupo administrativo em cada um dos quatro serviços envolvidos.
— Um grupo de acolhimento aos novos doentes é composto por uma assistente social, uma enfermeira, um médico e um psicólogo.
— Um grupo de ocupação, constituído por profissionais e por doentes, encarregado de distribuir as funções comunitárias.
— Um grupo responsável pelo bar.
— Um grupo de planificação das actividades exteriores (saídas, piqueniques, etc.).

No plano estritamente terapêutico, havia:

— Uma reunião geral da equipa depois de cada assembleia comunitária.
— Reuniões clínicas na altura da hospitalização, durante esta e quando o doente obtinha alta.
— Um grupo de acção psicossocial.
— Grupos evolutivos, em que todos os dias se discutia com os doentes as terapias e as altas.

— Um grupo de supervisão das diferentes terapias.
— O grupo das altas (preparação da reinserção social dos doentes).
— Uma consulta pós-alta (onde os doentes eram seguidos pela mesma equipa que os acompanhara durante a sua hospitalização).

Aos olhos da equipa, as vantagens da comunidade terapêutica são claras:

— A nível do pessoal, assiste-se rapidamente a uma diminuição do absentismo.
— Melhoram-se as relações entre o pessoal e os doentes.
— As hospitalizações são mais breves (reduzem-se para aproximadamente metade do tempo).
— Só metades das camas estão ocupadas.
— O leque terapêutico utilizado é maior.
— As readmissões diminuem (até Dezembro de 1978, enquanto a comunidade terapêutica funcionou, nenhum doente hospitalizado se tornou crónico).

Se desenvolvemos largamente os conceitos nos quais se baseia a comunidade antropoanalítica e como esta trabalha concretamente no hospital, é porque os conceitos fundamentais são os mesmos para o trabalho realizado no Bairro da Boavista; aqui, o espírito foi idêntico, tendendo a uma participação tão grande quanto possível de todos em tudo o que se passa.

3.9. O Trabalho da Comunidade Antropoanalítica

Neste parágrafo apresentamos o trabalho da comunidade, resumindo as actividades desenvolvidas no bairro; no entanto, parece-nos útil ver em primeiro lugar o modo como a equipa se preparou para este trabalho.

Preparação da equipa

A equipa não pode intervir sem primeiro analisar de forma cuidada as suas expectativas e fantasmas sobre o objectivo da sua acção, bem como as relações no interior do grupo. Não pode passar à prática sem que haja uma dupla aprendizagem, isto é, a das atitudes e dos modos de agir, do saber teórico e prático, e a da tomada de consciência das suas projecções nas tarefas a realizar. Só depois desta análise dos fantasmas sobre a doença, a comunidade, a família e a saúde mental os profissionais serão capazes de uma escuta incondicional positiva, pois tudo parte da maneira de ser e de estar da equipa, quer dizer, da sua maneira de agir e de se exprimir.

Pela abordagem centrada no cliente, a equipa adopta uma atitude que permitirá a este exprimir-se mais facilmente sobre a sua própria vivência. A equipa pluridisciplinar, formada por seis médicos, duas enfermeiras, dois psicólogos, um assistente social, um socioterapeuta, um economista e uma secretária, agiu adoptando as atitudes seguintes:

— Absteve-se de qualquer intervenção directiva no campo da experiência do cliente, evitando substituir-se a ele. Interveio, sobretudo, no sentido de permitir que a partir das suas próprias informações o cliente se pudesse estruturar de maneira original.

— Praticou a análise dialógica centrada e procurou a facilitação do processo espontâneo de comunicação do cliente consigo próprio, porque ele mesmo dirigia o processo.

Estas atitudes permitem ao cliente – quer seja uma pessoa, uma família, um grupo ou uma comunidade – descobrir-se a si mesmo através das suas experiências, libertar-se e criar novas condições para uma acção transformadora de si próprio e do mundo.

Portanto, o trabalho antropoanalítico caracteriza-se na sua prática, por accionar uma série de atitudes descritas por Rogers na sua abordagem centrada na pessoa.

Cada membro da equipa considera-se e quer ser entendido como centro de actividade, dando e recebendo atenção e consideração num clima de criatividade. A organização da equipa resulta da não estruturação de base da relação, e a sua significação está principalmente no que não é pensado. O orientador facilita a formação de uma liderança múltipla e, deste modo, trabalha para a sua própria anulação, na medida em que se mantém atento a toda a equipa e a cada um dos seus membros. Esta escuta compreensiva e empática facilita a comunicação interpessoal e permite a cada um encontrar o desenvolvimento das suas possibilidades de vida. Criar é dar um sentido à própria vida através do que se faz.

Para adquirir um conhecimento prático do bairro a equipa utilizou os resultados do inquérito que tinha realizado, o qual já mencionámos. Esta pesquisa consistia no estudo sociomédico do bairro e iria ser o primeiro passo na organização da comunidade terapêutica segundo o conceito antropoanalítico. O inquérito visou 824 famílias (3747 dos 11 000 habitantes do bairro), ou seja 34,6 % da população.

Daremos agora, por ordem decrescente, a lista das queixas e dos pedidos da população, porque estão evidentemente em relação directa com a orientação de todo o trabalho comunitário na Boavista.

Críticas dos habitantes

1. Falta de educação;
2. Bairro sujo, delinquência;
3. Mau estado da escola;
4. Barulho;
5. Má vizinhança;
6. Falta de iluminação;
7. Mau ambiente.

Pedidos dos habitantes

1. Posto de polícia ou patrulhas de polícia;
2. Melhor escola;
3. Melhor assistência médica;
4. Reparação das ruas;
5. Farmácia;
6. Creche;
7. Mercado;
8. Melhoramento na iluminação;
9. Ambulância.

É importante dizer que, após este inquérito, alguns estudantes se apaixonaram pelo projecto de trabalho comunitário e juntaram-se à equipa do hospital. Todos estes profissionais e estudantes dependiam economicamente do exercício da sua profissão e, voluntariamente, deram o seu tempo livre ao Bairro da Boavista.

Finalidades do trabalho no bairro

O objectivo da intervenção no bairro foi levar as pessoas a reunirem-se e a comunicarem. Utilizando as necessidades médicas, a equipa projecta reunir aqueles que se interessam pela saúde mental numa assembleia comunitária. Este é o projecto a curto prazo. A médio prazo, trata-se de usar a imaginação e a invenção comunitárias até que se encontrem pessoas na própria comunidade motivadas e prontas a assumir a função de orientador. A longo prazo, a esperança da equipa é retirar-se, deixando a comunidade responsável por si própria e livre.

A consulta

A entrada no bairro em 23 de Maio de 1975 foi possível pela abertura de uma consulta de saúde mental. As pessoas que vêm à consulta pela primeira vez são na maior parte das vezes recebidas individualmente por um médico e um trabalhador social num pequeno consultório. Logo nesta primeira consulta, indica-se-lhes que as seguintes far-se-ão em grupo; e os que têm que ser seguidos individualmente deverão dirigir-se, como era costume, à consulta ambulatória do hospital. No entanto, esta possibilidade foi pouco utilizada.

Simultaneamente com esta «primeira consulta» os doentes já conhecidos são instalados na sala de espera, a que mais tarde se chamará sala de estar. Vêm a maior parte das vezes acompanhados por familiares ou vizinhos. Alguns membros da equipa animam a sala de espera discutindo problemas respeitantes ao bairro, família, trabalho, vizinhança, etc.

Aspectos de saúde mental, propriamente ditos, só são abordados quando o médico termina as primeiras consultas e vem juntar-se ao grupo na sala de espera. É neste momento que começa a «segunda consulta» e que os «acompanhantes» deixam a sala. A atmosfera é muito diferente antes e depois da chegada do médico e da equipa da «primeira consulta»; as pessoas instaladas na sala de espera começam por lhes manifestar uma certa agressividade, mas, pouco a pouco, esta atitude desaparece e começa-se a falar dos sofrimentos de cada um, dos tratamentos, do efeito dos medicamentos, das relações com a família e com os outros habitantes, e daquilo que habitualmente só se aborda no «confessionário do médico», mesmo assim com dificuldades. Esta segunda consulta dura cerca de uma hora e meia e em cada semana participam nela uns quinze doentes.

ORGANIZAÇÃO DA CONSULTA DE SAÚDE MENTAL

	1.° Tempo	2.° Tempo
Gabinete pequeno	*Primeira consulta* Médico e trabalhador social recebem um doente para primeira consulta	
Sala de espera	*«Sala de espera»* Membros da equipa com os doentes já conhecidos e	*Segunda consulta* Toda a equipa está com todos os doentes marcados para esse dia
	amigos, vizinhos, família	saem da sala quando a segunda consulta começa

Foi nesta sala de espera que começou todo o trabalho comunitário, e muitos projectos aí foram discutidos. Alguns viriam a realizar-se mais tarde como, por exemplo, as assembleias comunitárias e a animação das crianças.

A Sr.ª B…, com quem nos encontrámos logo quando fizemos a primeira visita ao bairro, descreve a maneira como viveu esta consulta:

> "… Primeiro as pessoas vinham à primeira consulta. A consulta tinha duas salas, uma de espera, e outra onde estava o médico a fazer a consulta. Na primeira vez, ia-se à consulta propriamente dita, e depois, à segunda, era já em conjunto. Era tudo em comum, não havia mesa no meio. Havia o Dr. Carlos Caldeira e o Dr. Luciano. Depois eles falavam connosco. Com efeito, eu gostava muito. Havia pessoas que não gostavam, porque acabava por se saber isto ou aquilo. Como eu e muitos outros, íamos lá por causa da doença, eu acho que não havia nada de mal em que os outros soubessem que se estava doente… Penso que uma das razões que nos fazem apanhar a doença de nervos é a vida que levamos. É preciso lutarmos contra as más condições de vida que temos. As coisas que o Dr. Carlos arranjava para que falássemos, e os conselhos que nos dava, na verdade… éramos nós que os dávamos… faziam-nos bem. Foi isso que me recompôs. Ah! Como gostava disso!"
> *(Gravação feita na Boavista em Outubro de 1981)*

Na verdade, qualquer coisa de novo ia surgir desta consulta. Cada tomada de consciência de si próprio é a tomada de consciência de uma pessoa real que vive neste bairro. Fala do seu corpo tal qual a natureza lho deu e como foi transformado pelo meio em que vive, corpo esse deformado pelo trabalho, pela moda, pela religião, pela educação e pela ideologia. Toma consciência de que o seu corpo é tratado como um capital-mercadoria que se acumula e no qual se investe, se amortiza e se esbanja. Fala da sua família, daquilo que ela foi e daquilo que é. Fala também do seu inconsciente e, portanto, da linguagem, da comunicação, do pensamento, da criatividade, enfim, de todas as coisas que a levaram do estado fetal ao estado adulto modelada pelas relações sociais.

Quando o doente vem ao médico, pede-lhe uma receita – uma desculpa, uma justificação para a sua maneira de ser, um visto, um estatuto: o de doente. O médico é por sua vez o curandeiro e o confirmador desse estatuto. Há também esta ambiguidade: o doente deseja curar-se mas quer ao mesmo tempo continuar doente. A sala de espera deve ser o local facilitado para que tudo isto surja e seja esclarecido.

A finalidade da consulta em grupo é fazer perceber às pessoas que o «estar doente» e o tratamento estão neles próprios e no grupo. Como diz a Sr.ª B., de maneira figurada, a doença depende de como se encara e se vive a vida. A consulta não se dirige pois à doença, mas sim à animação das pessoas para que tomem consciência da problemática da vida na qual o sofrimento se inscreve. Assim, apesar do aspecto comunitário, a segunda consulta leva a um tratamento múltiplo e simultaneamente individualizado.

Além do trabalho de grupo que caracteriza a segunda consulta, há também o leque terapêutico disponível desde a farmacoterapia, o apoio social, a abordagem terapêutica da família, à psicoterapia individual.

A equipa contesta e põe em cheque o mito elitista que nega a capacidade de tomada de consciência introspectiva das populações marginais e desfavorecidas. Define-o como a construção de uma ideologia dominante destinada a preservar a estabilidade do sistema institucional.

Para a equipa, o pagamento de psicoterapia individual, de família ou de grupo, não é um factor essencial e todos os tratamentos são gratuitos.

Surgem mudanças importantes na população tratada, e antigos doentes tornam-se agentes activos de intervenção na comunidade.

A equipa tem a intenção de ajudar e o desejo de criar. A revolta das pessoas, a sua insatisfação e a aspiração a uma mudança são um poderoso motor.

Por outro lado, contudo, a miséria constitui um obstáculo, pois que, mergulha as pessoas no quotidiano, torna-as passivas e incapazes de projectos, acabando por se adaptar às dificuldades, sem força para mudarem. Além disso, a situação política neste momento está muito agitada. Há frequentes investigações no bairro, detenções arbitrárias que perturbam toda a gente e se repercutem nos doentes; quando a agitação aumenta faltam à consulta, o que faz que o seu estado se deteriore.

Apesar destas deficiências, o entusiasmo da equipa é grande e considera o nível de eficácia do seu trabalho muito satisfatório. É bem acolhida por todos, nas ruas, nas famílias, no mercado onde tenta explicar que não se deve troçar dos débeis. Neste ponto, depara-se-lhe a nosologia própria da população, em que a rejeição não se dirige a todos os doentes mentais mas só àqueles que considera como «atrasados» e que são os oligofrénicos médios ou graves, os esquizofrénicos deteriorados, todos os que são incapazes de trabalhar ou de discutir normalmente. Esta dificuldade foi suplantada através de um trabalho paciente e cheio de diplomacia, para que os atrasados mentais fossem aceites nas estruturas do bairro. A equipa esperou meses para atingir este resultado e não modificou uma linha do que sabia ser a justificação da sua presença e da sua actividade na Boavista.

As assembleias comunitárias

A partir deste trabalho intenso na sala de espera, com as famílias e no bairro em geral, a equipa, através das assembleias comunitárias, dá o arranque para que nasça verdadeiramente a comunidade terapêutica.

A primeira reunião faz-se em Dezembro de 1975 com o pretexto de reunir as famílias dos doentes. Foi um encontro informal, num piquenique, em que se discutiu tudo o que havia a fazer no bairro.

No fim do encontro decidiu-se continuar a discussão e fixou-se uma nova data. Em 19 de Janeiro de 1976 foi convocada oficialmente a primeira assembleia comunitária, e a partir desta data reuniu-se todos os meses, excepto no Verão, até Julho de 1979.

A primeira assembleia agrupou 50 pessoas, doentes e familiares, e oito colaboradores da equipa. Sem dificuldades, são concretizadas as opções de base para o trabalho em comum: promoção e defesa da saúde mental, educação sanitária da população, melhoramento do acolhimento dos doentes, ocupação dos tempos livres e defesa dos interesses do bairro. Estas assembleias comunitárias foram o coração e o pulmão da comunidade terapêutica. Por um lado, local de refúgio onde se discutiam as experiências, partilhavam as dificuldades, viviam tensões e crises, e, por outro lado, também plataforma para os entusiasmos da energia comunitária.

Para atingir os objectivos fixados, a assembleia geral estabelece um órgão executivo. O Centro de Acção Socioterapêutico [CAST] (este termo, demasiado científico, foi rapidamente mudado pelos habitantes do bairro para «Grupo de Bem-Fazer»). Composto por membros da equipa sociomédica e por habitantes da Boavista, ele vai tentar que a população esteja atenta às dificuldades e às condições de vida dos doentes, utilizando para isso diferentes suportes pedagógicos, nomeadamente, teatro, grupos de discussão, actividades para as crianças, festas comunitárias, etc.

O quadro indicado na página seguinte permite visualizar a organização do trabalho no bairro, os locais de implantação da comunidade terapêutica e as funções respectivas de cada equipa.

De início as duas equipas encarregam-se do grande empreendimento comum, embora com campos diferentes.

A equipa do hospital incide mais nos problemas ligados à saúde mental, enquanto a sociomédica, ligada à Universidade, inicia um estudo aprofundado das relações entre as pessoas, os grupos e o funcionamento das organizações do bairro.

Assim, para além do trabalho terapêutico, as equipas dedicam-se principalmente a:

— consulta comunitária e actividades psico e socioterapêuticas;

— animação sociocultural;
— trabalho com as famílias e grupos do bairro;
— realização de assembleias comunitárias que se tornam o local privilegiado para a planificação e execução da prevenção primária e terciária.

A escola

Três membros da equipa – um psicólogo, um sociólogo, um médico – encarregam-se das actividades neste sector. Participam com as professoras

nas reuniões organizadas pela médica da saúde escolar, entre estas, os pais dos alunos e algumas autoridades escolares. As reuniões são algumas vezes tempestuosas e, sobretudo, alimentadas pelos inúmeros queixumes das professoras que não se sentem em segurança no bairro. Através da participação nestas reuniões, é-lhes possível discernir os conflitos existentes na dinâmica da escola. Descobrem, por exemplo, que o absentismo só acontece em classes onde as professoras são particularmente agressivas, não só para com as próprias crianças mas também em relação ao bairro e à sua população. As duas professoras mais compreensivas e que utilizam uma pedagogia moderna têm sempre a turma completa.

Uma outra constatação é a dificuldade de trabalhar com crianças que, na sua maioria, nunca foram crianças de verdade. As condições degradantes em que a maioria vive, o facto de uma grande parte destes jovens virem de famílias cujo suporte financeiro é o magro salário de um ou dois irmãos mais velhos – salário esse gerido pela mãe –, criam um desequilíbrio de origem afectiva e nervosa.

Salvo raras excepções, a maior parte dos alunos tem um atraso escolar de três, quatro ou cinco anos. Outros, na quarta classe, e já com 11 anos procuram ou esperam um hipotético trabalho.

A implantação da comunidade terapêutica na escola pode ajudar alguns adolescentes, sem horizontes na vida, a compreender que têm mais valor do que aquele que lhes é atribuído pela sua origem social; isso é possível graças a um pouco de estímulo, de organização social, e apoio de um grupo no sentido de virem a evoluir, a aprender, a ensinar e a afirmar-se.

A necessidade de dar a mão aos jovens e adolescentes do bairro é evidente. A droga, os actos de violência e o desemprego devido à falta de especialização, justificam plenamente estes comportamentos.

A comissão de moradores

A comissão de moradores é um organismo nascido do movimento revolucionário, eleito pelos moradores do bairro para os defender e os

representar, em particular junto das autoridades administrativas como a Junta de Freguesia.

Dois membros da equipa participam regularmente nas reuniões periódicas desta organização que apoia os projectos e as realizações locais.

Um dos princípios de base da intervenção da equipa consiste no apoio claro e inequívoco à comissão de moradores, considerada como uma forma de concretização possível do poder popular, já que é eleita democraticamente pelos habitantes do bairro. Isto não significa a ausência de conflitos entre as duas estruturas. Por exemplo, a comissão de moradores opõe-se à participação da equipa na animação de diferentes organismos do bairro, organismos que lhe são politicamente opostos. A equipa não cederá, porém, a estas pressões, mantendo-se fiel à sua opção de integrar todas as estruturas do bairro. A colaboração entre a comissão de moradores e a comunidade terapêutica permite, ultrapassados certos obstáculos, a realização concreta de uma casa para a terceira idade; a criação de uma cooperativa de consumo; a abertura de uma consulta de planeamento familiar; a realização de um jardim-de-infância.

A equipa forneceu um economista para colaborar na cooperativa de consumo e animadores para trabalharem com as crianças.

Os clubes desportivos

Dois membros da equipa vão todas as semanas aos clubes desportivos, onde participam nas reuniões da direcção e em algumas iniciativas.

Um destes clubes é muito activo, tendo mesmo criado um posto de trabalho para um desempregado. Organiza festas onde se exibem pessoas do bairro e manifestações desportivas para as crianças e para os adultos. Aqui, a colaboração permite a aproximação a certas camadas da população (*pequena-burguesia* e operários especializados) e um melhor conhecimento da sua maneira de viver, incluindo os hábitos alcoólicos. Esta colaboração é muito útil, pois mostra a rivalidade entre os dois clubes e entre um destes e a comissão de moradores. Com efeito, trata-se de conflitos fundamentais na dinâmica do bairro que bloqueiam certas actividades mas que, no entanto,

estimulam outras. A posição da equipa face a estas lutas é clara. Não toma partido embora no seu interior as opiniões e as posições políticas divirjam. Formam-se alianças conforme as opções individuais e os locais de intervenção, criando algumas vezes tensões dentro da equipa. Esta diversidade exige uma análise e uma crítica constante.

No que diz respeito aos clubes, um dos sucessos da equipa foi reuni-los para festejar em conjunto o Natal de 1975.

A Junta de Freguesia

A colaboração com a Junta de Freguesia conseguiu-se desde o início, pois esta, desejosa de melhorar as condições de vida e as relações tão degradadas entre as pessoas, solicitou e pagou o inquérito sociomédico feito pela equipa da Faculdade.

Um colaborador da equipa participava nas reuniões semanais entre a Junta de Freguesia e a comissão de moradores, alargando deste modo o nível da intervenção ao registo organizacional.

E assim, no ano de 1978 foi um subsídio da Junta de Freguesia que permitiu contratar um animador teatral para a animação sociocultural das crianças do bairro.

A colaboração com a Junta de Freguesia permitiu igualmente pôr em funcionamento:

— o projecto de uma oficina protegida;

— um projecto de actividade cultural;

— o projecto de uma oficina para iniciação profissional de marceneiro entalhador que poderia ser a saída para uma vida profissional;

— a planificação de um centro de saúde polivalente que deveria ser posto à disposição da Junta de Freguesia, mas que infelizmente não pôde ser concretizada.

A colaboração entre a equipa e o poder administrativo foi feita sempre com espírito aberto e disponível.

A intervenção comunitária antropoanalítica formula e responde a duas questões fundamentais: — Como fazer participar efectivamente a população no trabalho a realizar? Quem detém o poder na Comunidade? Ora, há uma multiplicidade de poderes – politico, económico, familiar, religioso – que é preciso determinar pela análise crítica do contexto global. Para cada projecto torna-se necessária uma intervenção que não seja burocrática, mas sim democrática e de autogestão, e é preciso procurar os poderes significativos para os objectivos a atingir. A implantação de qualquer trabalho comunitário está estreitamente ligada, por um lado, ao nível institucional e, por outro, à rede comunitária e às suas estruturas do Poder.

Se uma equipa não tem em conta todos estes factos, e se não é a voz livre que parte do interior da comunidade, frustra as boas intenções, e os planos, por melhores que sejam, fracassam.

Deve ter sempre em mente que as pessoas não progridem e não aprendem senão aquilo para que estão completamente disponíveis.

A primeira de todas as intenções da intervenção é colocar as pessoas em presença umas das outras, esperar que sintam o prazer e a riqueza da companhia e verificar como é possível a criatividade e como da sua cooperação pode nascer a liberdade para cada um e para todos.

Tornar-se-ão os habitantes da Boavista livres?

Capítulo 4

Balanço e Resultado de uma Experiência

4.1. O «depois» da comunidade

Estariam aquelas pessoas livres, em 21 de Junho de 1978, dia em que o animador da comunidade disse adeus à equipa e a todas as organizações com as quais tinha colaborado durante tantos anos, enquanto responsável pelo sector psiquiátrico? Porquê esta partida? A reforma do professor de psiquiatria responsável pelo ensino na Universidade e no Hospital Júlio de Matos, em Lisboa, permitiu ao seu sucessor, que não tinha as mesmas ideias, retirar a Carlos Caldeira as suas responsabilidades no sector de psiquiatria e na secção de «homens» do hospital. Já antes, a tomada do poder na Universidade Nova por uma corrente hostil ao seu trabalho e às suas ideias lhe tinha custado o ensino de economia e sociologia médica.

Caldeira deixou, então, a Boavista, o que perturbou consideravelmente o trabalho e deixou a comunidade numa crise, que tentará sair modificada e fortalecida, não mais como comunidade terapêutica mas como Associação de Saúde Mental, separada do Hospital e com estatuto jurídico próprio.

De que modo reagiu a comunidade à perda daquele que sempre considerou como chefe? Convocou uma assembleia comunitária de crise e decidiu

eleger uma comissão para intervir junto das autoridades hospitalares com o objectivo de se manter a consulta comunitária.

Um membro da comunidade diz-nos como viveu este período:

> "As pessoas sentiram-se abandonadas. Fomos discutir por duas vezes com o director do hospital. Fomos bem recebidos, escreveram-se papéis; eram três ou quatro, todos velhos, disseram que sim, que a consulta ia continuar, e que se houvesse algum problema poderiam sempre discutir com eles. Finalmente a consulta acabou… Lutámos pelo que valia a pena, mas não pudemos recomeçar… Muitos médicos não querem interessar-se por este trabalho, só querem trabalhar no seu meio e receber o seu salário, mas não é por serem médicos que são melhores que os outros. Têm vergonha da pobreza, estão mais à vontade nos seus consultórios". *(Gravação feita na Boavista)*

Assim, pouco depois da partida do seu animador, a consulta terminou. Talvez por falta de entusiasmo por parte dos médicos que a retomaram durante um certo tempo, mas também por parte da população que já não experimentava o calor e o entusiasmo que as equipas precedentes haviam trazido e não aceitou de maneira nenhuma a substituição do Prof. Dr. Carlos Caldeira.

Além da tentativa para salvar a consulta de psiquiatria, um outro objectivo continuou a mobilizar os habitantes do bairro depois da partida do orientador da equipa e da ruptura com a instituição hospitalar: a construção de um centro comunitário.

Assim, um dos projectos da população expresso nas assembleias comunitárias era o de construir, em terreno ali existente, uma casa para e pelos habitantes, que serviria de local de encontro para todos os grupos do bairro e para a consulta. Seria um local de convivência e de cooperação eficaz.

Com efeito, por intermédio da Junta de Freguesia, em 1977, o Município de Lisboa havia cedido um terreno destinado a esta casa. Restava só encontrar os fundos necessários à compra dos materiais de construção. A mão-de-obra deveria ser formada pelas pessoas do bairro e os desempregados encontrariam assim ocasião para aprender uma profissão.

A população mobilizou-se bastante para a casa, organizando festas, criando um jornal, como forma de angariar dinheiro. Mas, apesar de todos os seus esforços e repetidos pedidos às autoridades nunca foi possível reunir a soma necessária (300 contos). Mesmo depois da partida do Prof. Dr. Carlos Caldeira, os habitantes do bairro continuaram a tentar concretizar o projecto. " Nós todos queríamos uma casa, tínhamos o terreno, ir-se-ia não sei onde à procura de ajuda, de porta em porta, para construir a casa. A Freguesia devia dar-nos cem mil escudos, mas nunca obtivemos resposta. Seria preciso que estivéssemos todos juntos, mas as pessoas pensam que tudo se pode obter sem trabalho. Não conseguimos ter o material. As pessoas teriam feito a casa trabalhando nos sábados e domingos. Fizemos muitas reuniões para programar isso, transportar a areia e tudo o resto. Mas é uma grande tristeza, quando não há apoios as pessoas desmoralizam". *(Uma conversa gravada na Boavista em Outubro de 1981)*

Esta tristeza ainda lá permanece, e é expressa em conversas com os moradores ou com os membros da equipa. Com que nostalgia e orgulho nos mostram o terreno vazio! Temos a impressão que o projecto não realizado quebrou um impulso, mas talvez eles imaginem que foi a quebra desse impulso a razão principal para a não concretização do projecto. É, decerto, na falta que as contradições aparecem ou se explicitam.

4.2. A Associação Comunitária de Saúde Mental

Ao trabalhar no bairro, privada da possibilidade de prevenção secundária ligada ao sector, a comunidade antropoanalítica limita a sua acção à defesa e à prevenção primária e terciária da doença mental. Para atingir este objectivo associa-se à recém-constituída Associação Comunitária de Saúde Mental, tendo a iniciativa partido de um doente que propôs contactar os doentes em pós-alta, assim como as famílias, e todas as pessoas interessadas em ajudar os doentes, favorecer a reinserção social depois de uma hospitalização, dar apoio aos que se sentem sozinhos, criar um local de encontro e de interajuda. O outro pólo de acção da Associação é o da prevenção primária.

A primeira assembleia formal realizou-se em 22 de Abril de 1978, e eis como a Associação definiu o seu programa de acção que ainda hoje vigora:

1. Defender os direitos dos doentes mentais;
2. Promover e defender a saúde mental da comunidade;
3. Facilitar a criação de laços afectivos entre os doentes, os antigos doentes, as suas famílias, os vizinhos, amigos e profissionais, para reforçar a consciência dos direitos que lhes são devidos e lutar pela sua plena participação social;
4. Sensibilizar, esclarecer e mobilizar a opinião pública para a problemática do doente mental, sobretudo na sua integração socioprofissional;
5. Colaborar de maneira crítica com os organismos e entidades de administração pública com responsabilidades específicas ou não neste domínio;
6. Promover e patrocinar iniciativas e actividades de ajuda mútua, culturais, recreativas, desportivas ou outras;
7. Criar centros, oficinas protegidas e estruturas anexas como meios facilitadores para uma participação social tão completa quanto possível;
8. Dar base jurídica às consultas médico-psiquiátricas, socioterapêuticas, ou outras, levadas a cabo por profissionais devidamente creditados e, se possível, em colaboração com outras entidades.

Hoje em dia, a Associação Comunitária de Saúde Mental abrange toda a cidade de Lisboa. A Boavista participa apenas com alguns representantes, pois o bairro aceita mal que a equipa antropoanalítica já não se dedique exclusivamente a ele. A Associação viu os seus esforços reconhecidos e encorajados através de subsídios dados por instituições oficiais. Estão actualmente em desenvolvimento estruturas comunitárias de apoio terapêutico, social e de lazer.

Todo este trabalho é apoiado pelo jornal trimestral da Associação, «O Homem e a Sociedade».

4.3. Balanço da Experiência

Para fazer uma análise do trabalho realizado pela comunidade antropoanalítica no Bairro da Boavista, convém lembrar os objectivos fixados por ela própria. Relembremos muito rapidamente que, a curto prazo, a equipa esperava reunir as pessoas, levá-las a comunicarem e a organizar uma assembleia comunitária. A médio prazo, procurava suscitar um movimento criativo na população, procurando que alguns habitantes assumissem o papel de orientadores da comunidade. A longo prazo, isto deveria permitir a retirada progressiva da equipa.

Conseguiu cumprir este programa? Começamos por chamar a atenção de que, a haver julgamento, seja relativo. O que se entende por curto, médio e longo prazo? Este último compreende um ano, cinco, ou dez anos? Será necessário esclarecer isto para responder «objectivamente»? Não estamos convencidos disso. O que é preciso dizer, no entanto, é que o trabalho numa comunidade é lento, muito lento mesmo, e muitos dizem-no impossível… Reunir as pessoas, romper com os silêncios, acordar do torpor, da lassidão e do fatalismo, semear a esperança em algo de melhor possível, dar vida a projectos comuns, suscitar forças para lutar, ultrapassar os reveses, não é um empreendimento que se planifique em semanas ou em meses. A liberdade e a autonomia não são estados que se adquiram definitivamente ao fim de um longo caminho. São estados de espírito que se vão conquistando dia a dia, são eles próprios um caminho. Sobre este assunto, estamos de acordo com a opinião dos autores Bridel, Fragniére et all (1981).

Mas, em que altura e em que condições pode uma comunidade partir para esta conquista, sendo em si própria o motor?

Os orientadores «autóctones» que a equipa da Boavista tinha desejado ver aparecer no bairro – e que conseguiu – estariam suficientemente preparados para a sua função? Um orientador não se improvisa, pelo menos segundo os critérios antropoanalíticos.

Tudo se desenvolve, nomeadamente, a congruência, a empatia, a escuta incondicional, a análise de uma situação, a gestão de uma crise, o diálogo com o poder, as negociações a todos os níveis. Posteriormente, percebemos e observámos que a equipa não tinha preparado bem a formação dos líderes. Tal constatação é talvez o elemento explicativo do revés parcial desta experiência, mas existem ainda outros.

Impõe-se que falemos um pouco da personalidade do animador, Prof. Caldeira. É uma daquelas personalidades carismáticas que parecem ter recebido tanto que facilmente se lhes atribuem qualidades quase místicas. Homem de imensa cultura e inteligência, caloroso, aberto e tolerante, sabendo dirigir-se a todos – quer grandes quer humildes – com o mesmo à-vontade, desprendendo-se dele uma autoridade natural, torna-se difícil partilhar o papel de animador com ele, do mesmo modo que é quase impossível imaginar continuar o trabalho sem ele. Tudo o que conseguiu não foi senão através de si e não teria sido conseguido por outros. Assim, quando da nossa visita, verificámos que a população atribui ao Prof. Caldeira todos os poderes e, por conseguinte, está pronta a desencorajar, embora inconscientemente, quem tentar substituí-lo.

Mas, sobretudo, na hora do balanço é preciso constatar que esta experiência foi brutalmente interrompida por uma intervenção do exterior. As divergências políticas desencadearam aquilo a que podemos chamar a exoneração do Prof. Caldeira. (A evolução da situação política em Portugal explica o seu afastamento. Com efeito, a Revolução de Abril de 1974 teve três fases importantes: a primeira, em 1975, caracterizada por um certo liberalismo democrático e uma união de todas as forças da antiga oposição ao regime; uma segunda, do regime revolucionário e o desenvolvimento de estruturas de poder popular, muitas vezes enquadradas por forças políticas da extrema-esquerda; a terceira etapa começa em Novembro de 1975 e marca um retorno à direita da vida política portuguesa.) A isto terá correspondido, também, uma lassidão de toda a equipa; foi, pelo menos, suficiente para que todas as actividades da comunidade parassem no bairro. Ficou, e é muito, a Associação Comunitária de Saúde Mental, que nos parece um modelo muito interessante para prevenir a doença mental, facilitar a inserção dos doentes mentais em comunidades reais e fazer conviver doentes e pessoas saudáveis.

Sem deixar de falar da decepção das pessoas da Boavista ante a paralisação do trabalho comunitário, da sua frustração e da impressão de terem sido utilizados para fins científicos (sabiam que o Prof. Caldeira estava a escrever um livro sobre eles e observaram várias delegações estrangeiras interessadas pela experiência), é, contudo, importante sublinhar o que este trabalho provou e como abriu as portas a uma obra social diferente.

A acção da comunidade terapêutica antropoanalítica demonstrou que em bairros pobres, era possível:

— Mobilizar as pessoas e os grupos para uma acção de defesa da saúde, apesar das dificuldades económicas presentes;

— Separar os sistemas de intervenção, demonstrando que uma acção a nível pessoal e grupal não leva a uma desmobilização mas sim à sua intensificação ao nível institucional;

— Desencadear acções criativas e organizadas conducentes a resultados concretos;

— Dar à comunidade um certo poder sobre organismos do Estado que trabalham no seu meio;

— Integrar o doente mental na comunidade, fazendo-o perder parte da sua bizarria e da sua alienação. Houve uma habituação progressiva da população na convivência com o doente mental, e desta convivência nasceu a tolerância que por sua vez criou camaradagem, partilha, solidariedade. Se se coexiste, dialoga, come e ri com alguém, já se não é mais considerado como um estranho, como um ser perigoso, mesmo que seja diferente. Isto não quer dizer que o trabalho da comunidade tenha anulado o mundo psicótico, mas, antes, que a rejeição foi modificada pela capacidade de «viver com», pela comprovação de que mesmo que alguém mostre ideias e comportamentos bizarros, tem também ideias e comportamentos úteis à comunidade;

— Descompartimentar o trabalho social;

— Infirmar a ideia de que não vale a pena fazer psicoterapia aos esfomeados. Esta visão das coisas traduz tão-somente o medo de acordar do pesadelo as pessoas para as quais a vida se desenrolou até aí à margem da sociedade «bem pensante» e da mesa farta dos que se apropriaram do saber e do dinheiro;

— Diminuir a taxa de hospitalização do sector;

— Desenvolver as capacidades da comunidade e torná-la capaz de conduzir o seu próprio destino.

Conseguiram os habitantes da Boavista ser livres?

Certamente que não, pois sabemos que a liberdade é uma conquista de cada instante. Todavia, escutando-os, apercebemo-nos de que tomaram consciência das suas potencialidades, que se desalienaram parcialmente, retomando entre mãos os seus destinos e alargando as fronteiras das suas liberdades.

Capítulo 5

Reflexão e Síntese

A nossa intenção não é provar que a experiência descrita seja extrapolável sem qualquer modificação para Lausanne ou outro lugar, ainda que pessoalmente acreditemos que um empenhamento que ultrapasse largamente o tempo de trabalho, tal como o que se despendeu na Boavista, permitiria sem dúvida fazer cair a maior parte dos argumentos que nos tentassem opor. Tudo ou quase tudo é possível, quando não se pedem fundos, sobretudo numa altura em que as verbas destinadas ao sector social, como a outros sectores, estão congeladas.

Teria sido interessante escolher também um único sector especializado como a escola, a medicina mental, ou o acolhimento a estrangeiros, por exemplo, e ver o que a aplicação do modelo antropoanalítico significaria num ou noutro sector. No entanto, um tal exercício precisaria de análise detalhada do campo escolhido, mas não dispomos nem do tempo nem dos meios necessários para esse estudo – e não era essa, sequer, a nossa intenção, embora pudesse ser objecto de um procedimento posterior.

Escolhemos actuar de maneira diferente para demonstrar que o modelo antropoanalítico pode trazer algo de positivo no sector médico-social, na Suíça ou em qualquer outra parte.

Tanto em textos aparecidos recentemente na Suíça como em colóquios onde se reuniram interventores sociais aparece com frequência um certo número de problemas gerais relacionados com a organização do trabalho médico-social, com a concepção ou a ideologia que a sustém. Consideramos também de responsabilidade social as instituições encarregadas de prevenir ou tratar as doenças mentais. Concluímos que a reflexão a propósito do trabalho social se desenvolve à volta dos seguintes pontos:

1. Há algumas dezenas de anos que se assiste a uma verdadeira explosão de «pessoas problema», tais como marginais e com comportamentos desviantes. Paralelamente, surgem pessoas e instituições que se ocupam delas. Este fenómeno sai caro ao Estado que se preocupa…
2. Ao mesmo tempo, reconhece-se que o sector do trabalho social tem cada vez maior especialização e maior sectorização, tornando-se difícil ou até impossível encarregar um técnico, de um indivíduo na sua globalidade. Obnubilado pelo problema a resolver, o trabalhador social ou a sua instituição não mais apreende a pessoa concreta.
3. Nota-se que os utentes do sector social e os profissionais estão em grande parte insatisfeitos com a situação actual. Os primeiros são arrastados pelas várias instituições sociais ou médicas, ocupando-se cada uma de uma parte da pessoa e mais exactamente de um sintoma ou de um problema; assim, uma mãe divorciada que não receba pensão do ex-marido ficará dependente do serviço de pensões alimentares, da segurança social, da policlínica psiquiátrica se for deprimida e do serviço médico-pedagógico se as crianças tiverem problemas.
   No que diz respeito aos trabalhadores em instituições sociais, a situação também não é optimista. Apercebem-se de que esta maneira de trabalhar não é ideal, e vivem dolorosamente a eterna questão quanto à especificidade da sua identidade profissional: são membros de um serviço que se recusa a procurar as verdadeiras

causas de uma marginalidade crescente e que os encarrega de pôr «emplastros em pernas de pau»? É o seu trabalho um eterno paliativo, um eterno recomeçar? Ou deverão apenas atender as situações concretas dos seus clientes e regozijar-se por melhorar algumas?

4. Fala-se cada vez mais em psicologização e psiquiatrização de todos os problemas sociais; para alguns só haveria um quadro de análise para tudo o que não funciona bem na sociedade: as referências psicológicas e psiquiátricas. Isto pode parecer uma ameaça, um risco perigoso de controlo social pela subtileza, que lhe permite estender a toda a sociedade uma rede e difundir normas de comportamento, quase no desconhecimento dos indivíduos.
5. Subjacente a estes quatro problemas, dificuldades ou perigos, existe o desejo que cada um tem em si: conquistar, conservar, aumentar a sua autonomia. Como dar-lha ou fazer-lha encontrar a este Outro que a não tem, e permitir-lhe caminhar sozinho num caminho que ele próprio foi gradualmente descobrindo?

É, portanto, a partir destas interrogações que desenvolveremos este último capítulo. O Modelo Antropoanalítico não é certamente «o MODELO», mas parece-nos portador de um determinado número de respostas e susceptível de evitar os perigos totalitários existentes em certas práticas. Sendo apenas um instrumento, o importante é encontrar mãos e cabeças suficientemente prontas a utilizá-lo, o que não é fácil, pois implica uma renúncia ao poder sobre o outro, poder esse que não se exerce somente em níveis superiores das esferas políticas e económicas. Nós utilizamo-lo também, cada vez que nos encontramos com o Outro com a missão ou o objectivo de o ajudar e de o rotular como «profissional-que-sabe».

5.1. Muitos Necessitados, e Muitos Profissionais para os Assistirem... ou Será o Contrário?

Depois de termos comprovado a explosão de casos sociais, de profissionais e das instituições responsáveis, perguntamos agora: a partir de que momento é que um indivíduo é problematizado como um caso social? Parece evidente que é desde o instante em que preenche uma ficha ou um «processo», quer seja a seu pedido quer instado por uma autoridade.

O tipo de trabalho que descrevemos evitou que muitas pessoas se tornassem casos sociais, ou, talvez, recebessem oficialmente uma etiqueta como tal. A intervenção da comunidade do bairro, tentando tornar cada um responsável pelo vizinho, procurando dar à comunidade a força para se assumir inteiramente, sem excluir os mais fracos, os mais doentes, os mais desviados, foi uma maneira de evitar esta explosão. Agiu de modo a fazer nascer grupos de contrapoder, baseados no amor e na convivência e não na competição e na violência, permitindo-lhes aproveitar os conhecimentos necessários para uma melhor gestão da sua situação concreta. Consequentemente, o trabalho da equipa antropoanalítica parece-nos ir ao encontro de uma diminuição da clientela dos serviços médico-sociais.

É-nos difícil estimar se também diminuiria o número de trabalhadores sociais. Se nos bairros ou nas aldeias trabalhassem equipas pluridisciplinares como no nosso exemplo, será que havia mais ou menos agentes sociais? Para nós a pergunta fica em aberto. Será que este tipo de organização responde à preocupação dos gestores que se inquietam com a inflação que actualmente se verifica nos orçamentos sociais da Suíça? Talvez as instituições específicas para cada categoria de desviados se tornassem inúteis e se acabasse ao mesmo tempo com toda a espécie de pequenas burocracias tão caras e por vezes tão paralisantes.

Naturalmente que uma tal reorganização é difícil, num sistema político centralizado ou em vias de o ser. Implica a redistribuição das responsabilidades e do poder pelos cantões, pelas regiões, pelas cidades, até aos bairros e às comunidades reais, pois é impossível conhecer as necessidades específicas de um bairro, por exemplo, enquanto a necessidade de gestão politica afasta cada vez mais os responsáveis do terreno em que os efeitos da gestão *se*

fazem sentir. Da mesma maneira que a antropoanálise tenta restituir o poder ao indivíduo, ela pede-o também para as comunidades reais, aquelas que humanamente são possíveis de gerir com todo o conhecimento de causa.

Um segundo factor susceptível de diminuir a amplitude da assistência social é a acentuada prioridade que a equipa dá ao carácter preventivo da sua intervenção. "O objectivo fundamental da acção preventiva visa garantir um profundo melhoramento da saúde e do bem-estar social através de uma intervenção centrada no meio e que ataque prioritariamente as causas dos problemas. Prevenir é introduzir-se na realidade da vida colectiva, na organização social, no meio do trabalho, no enredo das relações entre o meio e o indivíduo a fim de descobrir os factores de risco susceptíveis de terem uma incidência no bem-estar físico, psíquico e social" (Bridel, Fragniére et all, 1981, p.89). Assim, esta reflexão de um autor suíço vai no mesmo sentido da que seguem os antropoanalistas em Portugal.

5.2. A Mudança Parcial no Sector Médico-Social

Ao denunciarmos a parcialização do trabalho social e o mal-estar que provoca, tanto nos utentes como nos interventores, a nossa intenção não é apenas defender a polivalência dos profissionais. Esta, aliás, torna-se cada dia mais difícil – e mesmo «estar em família», em casa ou no trabalho parece carecer de conhecimentos científicos. Em todos os sectores do trabalho social o saber aumentou bastante depois da Grande Guerra, e seria perfeitamente utópico pensar em formar trabalhadores sociais capazes de intervir em todos os domínios. É como se se aconselhasse o desaparecimento dos médicos especialistas e a formação exclusiva de generalistas. Por outro lado, pensamos necessário encorajar uma mudança, aliás já começada, ainda que timidamente, quer na Suíça quer noutros sítios, no sentido de um trabalho pluridisciplinar; a pluralidade da equipa responde à complexidade do utente nas múltiplas facetas do sistema socioantropológico que ele actualiza e no respeito da sua Unicidade: a unidade a encontrar não é a do trabalhador social, mas a dos utentes.

O modelo antropoanalítico leva a uma distribuição das responsabilidades e faz cair as barreiras hierárquicas entre as profissões; é acompanhado por uma redefinição das finalidades do trabalho. Permite passar de um papel de «controlador» e «rotulador» para o de facilitador da criação de regras e de normas, que não deve continuar a ser as que os agentes sociais transmitem em nome da sociedade mas, antes, as que são elaboradas com os utentes e que criam comunidades mais livres. "Com efeito, logo que recusam a parcialização da responsabilidade fundada na sectorização dos problemas (velhos, deficientes, transgressores) e que reconhecem a sua matriz social comum tentando fornecer respostas globais e dando ao utilizador o papel de sujeito, os operadores sociais não são mais chamados a ocupar as suas funções num quadro segregado, nem a serem os garantes da marginalização que caracteriza o sistema tradicional do seu funcionamento. A sua acção tem como finalidade modificar as situações e as realidades sociais que determinam o mal-estar psíquico e social dos utentes.

Para isso, estimulam o desenvolvimento de uma relação dialéctica entre todas as formas políticas e sociais do território (partidos, sindicatos, instituições, associações diversas…) que partilham esta vontade de mudança. Tornam-se, em certa medida, porta-vozes das reivindicações explícitas ou implícitas das camadas mais desfavorecidas e marginalizadas, e pontos de ligação na interacção das diferentes forças sociais" (Bridel, Fragniére et all,1981, p.88).

Reconhecemos que esta visão, ainda em grande parte uma visão do possível futuro helvético, corresponde precisamente ao que foi realizado no Bairro da Boavista.

5.3. Mal-estar por Todo o Mundo

No parágrafo anterior abordámos, embora de forma parcial, a questão do mal-estar dos utentes e dos trabalhadores sociais, mostrando que era possível restituir aos primeiros o carácter global das suas personalidades. Apesar do medo que os trabalhadores sociais têm da ideia de serem uma espécie de policia civil da sociedade, o que lhes serve de bandeira corporativista, da

distância das suas responsabilidades (poder-se-ia dizer de «desculpabilização colectiva?»), preenchendo um vazio de identidade profissional, cremos como Lascoumes (1982) que muitos trabalhadores sociais se sentiriam melhor e mais realizados trabalhando com os utentes e não para eles.

Isto é, sem dúvida, difícil de conseguir nas instituições sociais tal qual como, actualmente, são concebidas. O modelo descrito ao longo destas páginas pode ser uma maneira de aí chegar, pois propõe atitudes alternativas aplicáveis a diferentes níveis sem implicar forçosamente uma revolução institucional. Na nossa maneira de ver, ele corresponde com mais facilidade à ideologia profissional e à prática social.

5.4. Psiquiatria, Psicologia… as suas influências

Que podemos constatar de um ponto de vista histórico? Assistimos desde o princípio do século ao questionamento da prática asilar sem, no entanto, se ter proposto o encerramento de qualquer instituição do género. (Falamos da Suíça, pois noutros países ou regiões a experiência foi tentada com mais ou menos sucesso.) Este pôr em causa a separação dos doentes mentais dos «normais» explica-se com a descoberta dos neurolépticos e pelo desenvolvimento das abordagens psicoterapêuticas que, de facto, permitiram a numerosas pessoas saírem do hospital psiquiátrico – ou nem sequer entrarem nele.

Mas assiste-se paralelamente a um fenómeno de recuperação do saber psiquiátrico e psicológico pelo poder e pelas instituições que o utilizam para se desembaraçarem das suas responsabilidades, organizando assim um domínio social quase generalizado e mais subtil que o internamento asilar.

As antigas fronteiras entre os especialistas, aos quais foi atribuído o papel de controlador, tendem a esfumar-se. Especialistas em diferentes tipos de marginalidades têm-se organizado e psicologizam as várias categorias de marginais. Estes tornam-se em certa medida intermutáveis.

Pode-se dizer que estas novas responsabilidades permitem evitar progressivamente ou parcialmente a institucionalização de outrora, com tudo o que isto comportava de totalitarismo, mas há o perigo real de deslizar

da coerção para a manipulação/persuasão. Se por um lado nos podemos regozijar por o doente escapar assim a uma segregação brutal, por outro devemo-nos preocupar com a análise psicologizante, a propósito ou não, pela qual quem quer que seja faz passar outrem. E a prova está na infiltração de termos que a nossa linguagem do dia-a-dia sofre constantemente: fantasmas, resistências, barreiras psicológicas, traumatismos, transferência, psicose – termos esses que pertencem ao vocabulário de base de todos os interventores médico-sociais, quer estes sejam professores, animadores, assistentes sociais ou médicos.

Fica-se, assim, com a impressão de se ter ultrapassado um limiar e que, para além das instituições que lhe dizem respeito, a psicologia e a psiquiatria começam a exercer um controlo directo sobre a comunidade. Se a doença mental é o produto de vários processos que não são apenas de ordem psicológica e necessitam de outras análises que não sejam somente as da medicina mental, é forçoso que nos inquietemos ao ver cada vez mais desviantes – uma criança que gagueja, um ladrão, um desempregado – assumidos e etiquetados através de análises psicologizantes ou psiquiatrizantes.

À primeira vista, a experiência portuguesa poder-se-ia ver como a ilustração evidente desta tomada de poder da psiquiatria na sociedade. A teoria do modelo antropoanalítico não vem de um psiquiatra, o trabalho de campo não visa a prevenção da doença mental, e a equipa não foi formada por vários trabalhadores oriundos da medicina mental? Além disso a equipa foi animada por um psiquiatra! Contudo, não nos fiemos nas aparências. E por que razão? Principalmente devido à definição de saúde mental adoptada pela equipa e que se poderia substituir pela de «bem-estar». Isto depende bem mais de elementos de ordem económica e social do que de factores estritamente genéticos e psíquicos que, como uma terrível fatalidade, destinaria alguns a serem «loucos» e outros a serem «normais». Vimos que, tanto no plano da análise como no da intervenção, a antropoanálise se rodeia de outras disciplinas das ciências humanas, dando assim de certa maneira a César o que é de César.

Aceitando a desordem, a equipa antropoanalítica intervém na construção de uma comunidade mais autónoma; quer dizer, é um grupo empenhado em seguir os interesses da comunidade real.

Empreendendo um trabalho de animação acorda a comunidade para a liberdade, e acorda-a para lhe permitir exercer uma orientação efectiva em todos os serviços que lhe são oferecidos, compreendendo também a medicina. Assim, vai da organização psiquiátrica à organização social e reciprocamente. Embora o «poder médico» se alimente de poder e de dominação, faz, no entanto, fraca figura ao lado da exploração económica e da violência institucionalizada. A antropoanálise tece a crítica do poder médico simultaneamente com a da violência social.

O modelo antropoanalítico não é uma máscara que se põe para melhor servir a psiquiatria e a ideologia dominante; considera, sim, a saúde mental como um primeiro degrau do bem-estar social.

5.5. Objectivo: autonomia, do mito ao realismo

Queremos terminar este trabalho abordando a noção de «autonomia» pois ela constitui o objectivo a longo prazo da experiência na Boavista e da acção dos antropoanalistas em geral. Aliás, foi esta procura de autonomia, para nós mesmos e para outros, que nos guiou na escolha do nosso objectivo. De facto, quando nos perguntam sobre as finalidades da nossa prática de interventores médico-sociais apontamos inevitavelmente três chavões: melhoria do bem-estar, desenvolvimento e autonomia dos utentes. Compreendemos que, ao justificarmos desta maneira a nossa actividade, é como se agitássemos uma bandeira sem no entanto termos analisado seriamente o alcance de tal afirmação.

Quando dizemos «trabalhamos para a autonomia dos nossos clientes», tranquilizamos toda a gente: a nós, em primeiro lugar, em seguida os clientes e, por fim, o público, pois não haverá opção mais louvável que a de trabalhar para a construção de uma sociedade livre. Resta determinar se esta afirmação não é senão um estandarte e se o projecto é realista e realizável. A autonomia, a melhoria do bem-estar e o desenvolvimento são os fins a atingir pelo trabalho médico-social em geral. Sem negar os seus aspectos sedutores, convém evitar que este projecto seja unicamente o do interventor

médico-social, sujeitado e muitas vezes inconsciente das suas múltiplas dependências e projectando no seu cliente o próprio desejo de autonomia.

Autonomia é uma palavra que parece evidente e, assim, será importante defini-la antes de falar dela. Geralmente esta palavra inclui três potencialidades:

1. Capacidade de se governar pelas suas próprias leis;
2. Professar as suas próprias opiniões;
3. Defender a sua independência.

Na leitura desta tripla definição medimos a dificuldade e também o carácter mítico de qualquer empreendimento visando a autonomia. Então, que será preciso para entrar numa destas definições tão irrealistas? Não deveríamos nós, talvez, definir a autonomia relacionando-a com o grau de independência, com a capacidade de reduzir ao máximo as dependências aprendendo estratégias no sentido da conquista da autonomia?

É preciso aprender a preferir uma coisa à outra, o que implica a possibilidade de discernir, de escolher, de saber fazer comparações e de classificar.

Retomando a noção de autonomia como sendo a capacidade de escolher livre e conscientemente as suas próprias dependências, reconhecemos que a autonomia não existe e não existirá da maneira como a definimos inicialmente. Em vez de procurarmos este estado inatingível – e bastante egocêntrico – podemos, modestamente, definir o nosso trabalho de «processo de autonomização». O trabalhador médico-social é, talvez, o espaço transitório que permite ao utente escolher, com um certo conhecimento de causa.

Mas como chegar a isto? Seria preciso que as «estratégias de autonomização» *se* apresentassem como alternativas às «estratégias de dependência» desenvolvidas institucionalmente ou inscritas em nós.

Neste ponto da reflexão, ninguém se compromete num «processo de autonomização» com um utente ou com um grupo, sem que lhe surjam certas questões:

— Quem é que eu represento, quais os interesses que defendo?

— Contra quem ou contra o quê é que eu luto; quem são os meus opositores? São eles pessoas, instituições, ideias preconcebidas ou barreiras pessoais?

— Qual o objecto real da minha reivindicação?

Estas três questões têm várias funções:

— levam a uma mediação entre dois parceiros, permitindo a uns, os utentes, conhecer melhor os outros, as estruturas interpessoais, grupais ou institucionais;

— permitem uma clarificação da consciência colectiva necessária quando se empreende um «processo de autonomização» de um grupo ou de uma comunidade. São igualmente um meio indispensável para que o utente – indivíduo ou grupo – se sinta empenhado e entre na luta;

— convidam finalmente o utente a pressionar as pessoas ou os grupos no poder, ou seja a elaborar uma estratégia com vista à mudança. (Tivemos oportunidade de clarificar esta noção de autonomização aquando de um seminário com M. Didier Pingeon, em Maio de 1982.)

A partir desta síntese, tentámos identificar um certo número de questões que se põem na nossa prática de todos os dias. Fazendo o inventário dos problemas, quisemos ver quais eram as respostas dadas pelo modelo antropoanalítico. Concluímos que nesta busca de mudança, de maior criação e liberdade, sem pretendermos dar uma prescrição milagrosa, há certamente uma alternativa e uma pista que permitem ao Outro tomar consciência das suas potencialidades e conduzir melhor a sua existência.

Ao longo destas páginas perguntámo-nos se os moradores da Boavista se tinham tornado mais livres ou se, pelo menos, teriam entrado num processo de autonomização, e pudemos responder afirmativamente. Do mesmo modo nos interrogámos sobre a nossa evolução pessoal durante este trabalho, sobre as nossas atitudes e estamos convencidos que nos encontramos

numa fase de mudança e de abertura. Compreendemos que num trabalho colectivo, com o desejo de estabelecer relações autênticas com o outro, pode nascer a criatividade libertadora, sabendo que os comportamentos e as ideias são diversificados mas que essa diversidade também é útil para a comunidade. Apesar do peso das estruturas e da rigidez das instituições, pensamos que é possível uma mudança através de um diálogo aberto, construtivo e criador.

Referências Bibliográficas

24 Heures et Feuille d'Avis de Lausanne. 04.12.1981.

ALLPORT, G. & all. (1971). *Psychologie Existentielle*, Paris: Editeurs EPI

BERLIN, I. (1962). *Karl Marx,* Paris: Gallimard.

BINSWANGER, L. (1971). *Introduction à l'analyse existentielle.* Trad. Verdeaux,J., Kuhn, R. Paris: Arguments.

BRIDEL, B.; Fragniére, J.-P. et al. (1981). Un modèle de travail social, In *Un autre travail social.* Vevey: Delta, pp. 88, 89

CALDEIRA, C. (1979). *Análise Sociopsiquiátrica de uma comunidade terapêutica,* Tese, Lisboa, pp. 7,36,54,334, 628, 639-641,740,741.

FOUBERT, C. (1975). *Portugal 74-75, Les années de l'espoir.* Paris: IDOC-France.

FOUCAULT, M. (1976). *Histoire de la folie à l'âge classique.* Paris: Gallimard.

FREIRE, P. (1980). *Pédagogie des opprimés.* Paris: Maspero.

HEIDEGGER, M. (1988). *A Essência do Fundamento*. Lisboa: Aubier

HUSSERL, E. (1990). *A Ideia da Fenomenologia*. Lisboa: Edições 70

JEANNE-MARIE (1976). *Michel Bakounine, Une vie d'homme.* Genève: Noir.

JONES, M. (1972). *Au delà de la Communauté Thérapeutique.* Villeurbanne: Simep.

KIERKEGAARD, S. (1985). *O Banquete*. Lisboa: Guimarães Editores

LABBENS, J. (1978). *Sociologie de la pauvreté.* Paris: Gallimard.

LASCOUMES, P. (1982). La division du travail dons le secteur médico-social, In *Assister, Eduquer et Soigner,* Fragniére, J.-P., Lausanne: (éd.) Réalités sociales, p. 50.

MASLOW, A. (1975). *Religions, Values and Peak-Experiences*. New York: The Viking Press

MAY, R. (1992). *Art of Counselling*. Londres: Souvenir Press Limited

MERLEAU-PONTY, M. (1945). *Phénoménologie de la Perception*. Paris: Gallimard

NOGUEIRA, F. (1977). *Salazar.* Coimbra: Atlântida Editora.

OLIVEIRA MARQUES, A. H. (1974). *História de Portugal.* Lisboa: Palas.

RAPOPORT, R. N. (1974). *La Communauté Thérapeutique.* Paris: Maspéro.

ROGERS, C. R. (1974), *Psicoterapia e Consulta Psicológica.* Lisboa: Moraes.

ROSS, M. G. (1970). *Action communautaire, Une introduction,* In J. F. Salberg e S.-Welsh-Bonnard. Paris: Editions ouvrières, coll. Economie et Humanisme, p. 59

SAINT-EXUPÉRY, A. (1971). *Le petit prince.* Paris: Gallimard.

SARTRE, J.-P.; Bridel; Fragniére et al (1974). *Les mouches* (Acte II. Tableau II). Paris: Bordas.

SARTRE, J.-P. (1943). *L'être et le néant, essai d'ontologie phénoménologique*. Paris: Gallimard.

UNAMUNO, M. (1937). *Le sentiment tragique de la vie.* Paris: Gallimard.

Índice Remissivo de Autores

A

Allport, G., – 43

Almeida, M. J. V. de – 21

B

Barahona, Fernandes – 17, 20, 68

Berlin, I. – 40

Binswanger, L. – 43

Bridel, B. – 99, 107, 108

C

Caldeira, C. – 11-17, 19, 21-25, 27, 37, 52, 53, 68-70, 85, 95-97, 100, 101

Campiche, C. – 21

Cooper – 43

F

Foucault, M., – 31

Fragniére, J.-P. – 99, 107, 108

Freire, P. – 25, 28, 39, 48-50

H

Heidegger, M. – 40

Hipólito, J. E. – 16, 23

Hippolyte, J. – 21

Husserl, E. – 40

J

Jeanne-Marie – 40

Jones, M. – 71-73

K

Kierkegaard, S. – 40

L

Labbens, J. – 32

Laing – 43

Laroche R. – 16

Lascoumes, P. – 109

Lazega, M. – 16

Marmelada, L. – 85

M

Marques Teixeira, J. – 28

Marx, Karl – 40

Maslow, A. – 43

May, R. – 27, 43

Mendes, C. F. – 5, 21

Merleau-Ponty, M. – 40

N

Nogueira, F. – 64

O

Oliveira Marques, A. H. – 64

P

Pingeon, M. Didier – 113

R

Rapoport, R. N. – 71

Rogers, C. R. – 7, 12, 16, 17, 25, 28, 39, 43, 44, 46, 81

Ross, M. G. – 69

S

Saint-Exupéry, A. – 46

Sartre, J.-P. – 40-42

U

Unamuno, M. – 55